

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



FILOZOFICKÁ FAKULTA
UNIVERZITY KARLOVY
V PRAZE

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Gabriela Věchetová

Deprese ve stáří se zaměřením na osoby s kognitivním deficitem

**Depression in the Elderly with Focus on People with Cognitive
Deficit**

Praha 2014

Vedoucí práce: PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.

Poděkování

Děkuji vedoucí práce PhDr. Tamaře Hrachovinové, CSc. za její odborné vedení diplomové práce a lidský přístup, kterého si vážím.

Mé poděkování patří také především doc. MUDr. Aleši Bartošovi, PhD. a PhDr. Miluši Raisové, PhD., kteří mi dali možnost něco nového se naučit, podílet se na smysluplném výzkumu a také zrealizovat vlastní diplomový úkol. Děkuji jim i za odborné vedení výzkumu a nadšení pro výzkum seniorů. Můj vděk patří i dalším pracovníkům AD Centra, kteří mi poskytovali pomoc a zázemí při realizaci výzkumu, Mgr. Tereze Věchetové za pomoc s transkripcí rozhovorů a Václavovi Chytrému za formální úpravu práce a pomoc se statistickým zpracováním dat.

Za cenné konzultace děkuji rovněž Doc. Mgr. MUDr. Radvanu Bahbouhovi, Ph.D. a Ing. Mgr. Marku Vrankovi.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat seniorům, kteří se na výzkumu podíleli, a to zejména za jejich sdílnost, laskavost a spolupráci, protože bez jejich ochoty by výzkum nemohl být realizován.

Nakonec patří dík také mojí rodině a nejbližším, kteří mi poskytovali podporu.

Některé výsledky diplomové práce byly podpořeny grantem IGA MZ NT 13183.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem Diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 15. 12. 2014

.....

Gabriela Věchetová

Abstrakt:

Depresivní symptomatika je u seniorů s neurokognitivní poruchou velmi častým jevem. Komorbidita obou onemocnění a překrývání se jejich symptomů komplikuje správnou diagnostiku a tudíž i nasazení vhodné léčby. Diskutovanou otázkou jsou rovněž nástroje měření deprese u seniorů s těžším kognitivním deficitem. Předmětem teoretické části práce bylo přiblížit problematiku deprese a kognitivní poruchy ve stáří, a to se zaměřením na Alzheimerovu nemoc, která je společně s depresí nejčastější duševní poruchou u seniorů. Předmětem empirické části práce bylo na základě rozhovorů se seniory zkoumat, zda je Geriatrická škála deprese (GDS) vhodným nástrojem měření i u seniorů s kognitivním deficitem, a dále prozkoumat, jak tito senioři skutečně prožívají jednotlivé kvality nálady, které jsou předmětem položek v GDS. Na výzkumu participovalo 40 seniorů s různým stupněm kognitivního deficitu. Výsledky studie ukázaly, že dotazník je použitelný pro seniory s mírnou kognitivní poruchou a mírnou demencí. Hranici kognitivního deficitu, po kterou je vhodné používat metodu měření deprese GDS, by bylo potřeba zjišťovat na větším vzorku seniorů se středně těžkou demencí, než tomu bylo v této studii. Na základě kvalitativní analýzy rozhovorů založené na metodě zakotvené teorie došlo k určení ústředního jevu spojeného s prožíváním pozitivních emocí, kterým je osobní autonomie. Ta je podporována poskytnutím opory a bezpečí ze strany blízkých osob.

Klíčová slova:

deprese, stáří, kognitivní deficit, mírná kognitivní porucha, demence

Abstract:

Depressive symptoms are very common among people with neurocognitive disorder. The comorbidity of both diseases and the overlap of their symptoms complicates correct diagnosis and thus also the initiation of a correct treatment. The instruments of depression measuring in seniors with a severe cognitive deficit are also a discussed issue. The subject of the theoretical part is to describe the issue of depression and cognitive disorders in the old age with a focus on Alzheimer's disease, which is the most common mental disorder in the elderly together with depression. The goal of the empirical part of the thesis is to research based on the interviews with seniors if the most frequently used method of depression measuring in the elderly, Geriatric Depression Scale (GDS), is a suitable measuring instrument also in seniors with a cognitive deficit and further examine how these seniors actually experience the individual mood qualities which are the subjects of items in GDS. Forty seniors with a various degree of cognitive deficit participated in the research. The study results showed that the questionnaire is usable for seniors with a mild cognitive impairment and mild dementia. To detect the border of the cognitive deficit, below which it is not suitable to use the depression measuring method GDS, a larger sample of seniors with moderate dementia would be needed than it was used in this study. According to the qualitative analysis of the interviews based on the grounded theory method the central phenomenon associated with experiencing positive emotions was identified - personal autonomy. It is encouraged by support and safety provided by close people and relatives.

Keywords:

depression, elderly, cognitive deficit, mild cognitive impairment, dementia

Obsah

OBSAH.....	6
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	9
ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1 STÁŘÍ.....	14
1.1 Charakteristika stáří	14
1.2 Jednotlivé aspekty stáří	16
1.2.1 Fyzické změny ve stáří	16
1.2.2 Psychické změny ve stáří.....	17
1.2.3 Sociální aspekty stáří	20
1.2.4 Spirituální aspekty stáří	21
2 PATOLOGICKÉ KOGNITIVNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	22
2.1 Alzheimerova nemoc	23
2.1.1 Fáze Alzheimerovy nemoci	24
2.1.2 Patofyziologie	26
2.1.3 Diagnostika Alzheimerovy nemoci	27
2.1.4 Léčba Alzheimerovy nemoci	28
2.2 Nemoc s Lewyho tělísky	29
2.3 Frontotemporální lobární degenerace	30
2.4 Vaskulární demence	31
3 DEPRESE	32
3.1 Klinický obraz deprese.....	32
3.1.1 Prevalence	32
3.1.2 Symptomatika	33

3.2	Etiopatogeneze	33
3.3	Diagnostika deprese	35
3.4	Léčba deprese.....	37
4	DEPRESE A DEMENCE	42
4.1	Diferenciální diagnostika	42
4.2	Komorbidita	44
4.3	Deprese jako rizikový faktor rozvoje demence.....	46
	EMPIRICKÁ ČÁST	48
5	KONTEXT VÝZKUMU A JEHO PŘEDMĚT	48
6	CÍLE VÝZKUMU	51
6.1	Výzkumné otázky.....	51
7	VÝZKUMNÝ DESIGN	53
7.1	Východiska výzkumu.....	53
7.2	Použité testové metody	54
7.2.1	MMSE.....	54
7.2.2	GDS	55
7.3	Rozhovor nad dotazníkem GDS.....	56
7.4	Průběh a hodnocení výzkumu	57
7.5	Výběr výzkumného souboru	57
7.6	Charakteristika výzkumného vzorku.....	58
7.6.1	Pohlaví	58
7.6.2	Věk.....	58
7.6.3	Vzdělání	59
7.6.4	Bydliště	60
7.6.5	Diagnóza	60
7.6.6	Deprese v minulosti	61
7.6.7	Léčba.....	62

7.7	Etika výzkumu	62
8	VÝSLEDKY	64
8.1	Zpracování dat.....	64
8.2	Výsledky administrovaných testových metod	64
8.2.1	Výsledky v MMSE	64
8.2.2	Výsledky v GDS	65
8.3	Použitelnost dotazníku GDS u seniorů, kteří trpí demencí	66
8.4	Nejvýznamnější témata ve vztahu k náladě seniorů	71
8.5	Výzkumné otázky.....	81
8.6	Hodnocení cílů	84
9	DISKUZE	85
9.1	Zhodnocení výzkumného procesu.....	85
9.2	Komentáře k výsledkům výzkumu.....	85
9.3	Limity výzkumu	87
9.4	Návrhy na další výzkum a aplikaci poznatků	88
	ZÁVĚR	90
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	92
	SEZNAM OBRÁZKŮ	101
	SEZNAM TABULEK	102
	SEZNAM GRAFŮ	103
	PŘÍLOHY	104

Seznam použitých zkratek

ABŽ- Aktivita běžného života

AD- Alzheimer Disease (Alzheimerova nemoc)

AN- Alzheimerova nemoc

BDI- Beck Depression Inventory (Beckova škála deprese)

BPSD- Behaviorální a psychologické symptomy u demence

CT- Computed Tomography (Počítačová tomografie)

DLB- Demence s Lewyho tělísky

DSM- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch)

FTLD- Frontotemporální lobární degenerace

GDS- Geriatric Depression Scale (Geriatrická škála deprese)

HAM- D- Hamilton Depression Rating Scale (Hamiltonova psychiatrická stupnice pro posuzování deprese)

LBD- Lewy Body Disease (Nemoc s Lewyho tělísky)

MADRS- Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale (Stupnice Montgomeryho and Åsbergové pro posuzování deprese)

MCI- Mild Cognitive Impairment (Mírná kognitivní porucha)

MKN- Mezinárodní klasifikace nemocí

MKP- Mírná kognitivní porucha

MMSE- Mini Mental State Examination (Orientační zkouška kognitivních funkcí)

MoCA- Montreal Cognitive Assessment (Montrealský kognitivní test)

MR- Magnetická rezonance

NINCDS- ADRDA- National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke- Alzheimer's Disease and Related Disorders Association

PET- Pozitronová emisní tomografie

SPECT- Jednofotonová emisní výpočetní tomografie

STAI- State- Trait Anxiety Inventory (Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti)

ZSDS- Zung Self-rating Depression Scale (Zungova sebesuzovací škála deprese)

Úvod

Tématem mojí diplomové práce je Deprese u seniorů s kognitivním deficitem. Domnívám se, že je toto téma velmi aktuální, protože počet seniorů každým rokem stoupá, střední délka dožití se prodlužuje, a také počet lidí, kteří trpí neurokognitivním onemocněním v popředí s Alzheimerovou nemocí, exponenciálně narůstá. Výskyt deprese je u populace chronicky nemocných seniorů vyšší, než je tomu u zdravé populace, avšak senioři často zůstávají bez správné diagnostiky a léčby. Proto se práce bude zaměřovat i na nástroje měření deprese u seniorů trpících mírnou kognitivní poruchou nebo demencí.

Demografické stárnutí je fenomén, který neodmyslitelně provází dnešní dobu. Jedná se o změnu struktury obyvatelstva, která zahrnuje nárůst počtu seniorů oproti ostatním kategoriím obyvatelstva. Analýzy struktury obyvatelstva ukazují, že tento trend se bude dále prohlubovat a v následujícím půlstoletí dojde ke zdvojnásobení procentuálního zastoupení seniorů v populaci, v roce 2065 by tak měli senioři tvořit přibližně jednu třetinu celkové populace, zatímco nyní je to 16% (Svobodová, 2012). V období 2000- 2050 dojde v České republice k absolutnímu zvýšení počtu lidí ve věku více než 60 let z 1,9 milionu na 3,7 milionu. Důsledkem změn struktury populace budou nutné společenské změny. Velmi bude záležet na zdravotním stavu seniorů a jejich přeslechopnosti, na vytvoření podmínek pro jejich participaci ve společnosti a také na míře sociální podpory a ošetrovatelské péče (Čevela, Kalvach, & Čeledová, 2012).

Epidemiologické studie ukazují, že asi 15% obyvatelstva trpí duševními poruchami. Od 45 let výše dominují afektivní poruchy, zejména deprese, a po 60. roce života narůstá frekvence kognitivních poruch, zejména Alzheimerovy nemoci (Baštecký, Kümpel, Vojtěchovský a kol., 1994). Deprese společně s Alzheimerovou nemocí patří k nejčastějším duševním poruchám, které zatěžují obyvatelstvo ve vyšším věku (WHO, 2008).

Uchopení tématu deprese v období stáří, zejména s přihlédnutím ke kognitivnímu úbytku, má svá úskalí. Mnoho studií z posledních let naznačuje úzkou souvislost deprese a kognitivního úbytku ve stáří. O tom, zda je deprese rizikovým faktorem demence, jejím syndromem, nebo naopak vzniká v návaznosti na kognitivní úbytek, nebo je jejich vztah ještě jiný, se v současné době hojně diskutuje a vznikají na toto téma různorodé výzkumy (Jorm, 2001).

V odborné literatuře se však vyskytují rozporuplné výsledky a názory již ohledně výskytu deprese ve stáří. Z dřívějších studií tradičně vyplývalo, že výskyt deprese se s přibývajícím věkem snižuje (Regier a kol., 1988). V současné době však převládá opačný názor, který je také opřen o výsledky novějších studií, a sice že výskyt deprese se naopak ve stáří zvyšuje (Nguyen & Zonderman, 2006; Preiss, Vraná, & Kuchařová, 2010; Svoboda, Česková, & Kučerová, 2006). Bareš (2004) tento fenomén vysvětluje rozdílností symptomů deprese ve stáří, které pak mnohdy neodpovídají diagnostickým kritériím. Staří lidé tak často zakouší subsyndromální formu deprese (Steffens, 2008). Proto je zdůrazňováno poddiagnostikování deprese u populace seniorů, a to v souvislosti s komorbiditou s chronickými nemocemi, které se ve stáří často vyskytují (Lan & Mok, 2008). Překrývání se jednotlivých symptomů a polymorbidita komplikují diagnostiku a následnou volbu vhodné léčby. Z toho vyplývá, že mnozí senioři trpící depresí nejsou správně diagnostikováni a nedostává se jím tedy ani léčby (Franková, 2010; Honzák, 1999). Důležitá je také otázka vhodnosti používaných nástrojů měření deprese, a to zejména u pacientů s kognitivním deficitem.

Inspirací této práce je výzkum z roku 2008 *A predictive depression pattern in mild cognitive impairment* autorů Houde, M., Bergman, H., Whitehead, V., & Chertkow, H. Autoři poukazují na společný výskyt mírné kognitivní poruchy a deprese a poukazují, že deprese by mohla být jedním z rizikových faktorů pro rozvoj demence. S ročním intervalem sledují a srovnávají výsledky seniorů diagnostických jako pacientů s mírnou kognitivní poruchou a po rozvoji demence. Výsledky poukazují na signifikantně vyšší výskyt deprese u seniorů s mírnou kognitivní poruchou než je tomu u pacientů s demencí. Z roku 2012 pak studie *Comparative study between depression in Korean elderly with mild cognitive impairment and normal cognitive function* autorů Shin, K., Kang, Y., Kim, M., Jung, D., & Kim, M. ukazuje srovnání výskytu deprese u zdravých seniorů a u seniorů s mírnou kognitivní poruchou. Výsledky zde neprokázaly signifikantně vyšší výskyt deprese u žádné ze skupin, přičemž skóry u seniorů s mírnou kognitivní poruchou byly vyšší.

Teoretická část práce bude zaměřena na specifika deprese a kognitivního deficitu ve stáří. Nejdříve se zaměříme na období stáří, jeho vymezení a jednotlivé vývojové změny tohoto období. Dále pak budou nastíněny některé nemoci, které mohou způsobovat vážný kognitivní deficit a vést k demenci. Následovat bude zmapování problematiky deprese a

jejích specifík ve stáří a na závěr teoretické části se budeme zabývat vztahem deprese a demence.

Praktická část bude zaměřená na výzkum deprese u seniorů s kognitivním deficitem. Na začátku roku 2013 jsem měla možnost nastoupit na dlouhodobou stáž v AD Centru Praha. Zde jsem testovala kognitivně zdravé i nemocné seniory neuropsychologickými bateriemi, mohla jsem přihlížet vyšetření seniorů neurologem a dostala jsem také prostor pro realizaci vlastního kvalitativního výzkumu deprese u seniorů. Výzkum se bude zabývat metodou měření deprese u seniorů Geriatric Depression Scale (Geriatrická škála deprese), ale také samotnými projevy nálady a jejich souvislostmi u vybrané skupiny seniorů. Vlastní výzkum je zasazen do kontextu rozsáhlého kvantitativního výzkumu, na kterém jsem měla možnost se svým malým dílem v týmu AD Centra podílet.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Stáří

„Všechno nám může patřit, jen čas nám nepatří.“ (Seneca)

V první kapitole se zaměříme na vývojovou etapu stáří a její specifika. K pochopení kontextu stáří je důležité zabývat se jednotlivými rysy stárnutí, oblastmi, ve kterých dochází s plynoucím časem ke změnám.

1.1 Charakteristika stáří

Podíváme-li se na stáří z vývojového hlediska, máme co dočinění s pozdními fázemi lidského života, v nichž dochází k mnoha podstatným změnám, a to na různých úrovních. Pro porozumění stáří v co největší šíři je nutné pohlížet na různé oblasti v jejich souvislostech a brát zřetel také na strategie vyrovnávání se s daným vývojem. Nejpodstatnější oblasti, které zde uvedeme, budou změny tělesné, psychické (a to zejména kognitivní a emocionální změny), změny v oblasti sociální a spirituální.

Je podstatné posuzovat stav každého seniora komplexně, protože je určován kombinací různých vlivů, a to zejména (Čevela, Kalvach, & Čeledová, 2012):

- Zákonitou biologickou involucí, která je do značné míry geneticky determinovaná
- Projevy a důsledky úrazů a chorob
- Životním stylem
- Adaptačními reakcemi na změny
- Vlivy fyzického i sociálního prostředí
- Psychickým stavem

Z hlediska úspěšného stárnutí a pro jakoukoli práci se seniory je pak významné uvědomění, že mnoho z těchto faktorů lze pozitivně ovlivňovat (Čevela, Kalvach, & Čeledová, 2012):

Věkové vymezení stáří je problematické zejména v důsledku sociálních, ekonomických a technologických změn, které s sebou přinášejí prodlužování života a zvyšování kvality života. Jedná se o společenské fenomény jako je například zkracování pracovní doby a důraz na zlepšování pracovních podmínek, ekonomický rozkvět některých společností, vývoj nových léků a přístrojů aj. Prodlužování života však má i svou stinnou stránku: je jí otázka kvality života ve stáří, a to zejména vzhledem k chorobám, které této populaci hrozí.

Haškovcová (2010, s. 20) udává jako nejužívanější členění dle chronologického (kalendářního věku:

- 45- 59 let je středním nebo také zralým věkem,
- 60- 74 let je pojmenováno vyšším věkem, popřípadě raným stářím,
- 75- 89 je stařecký věk neboli sénium, vlastní stáří,
- 90 let a výše je pak dlouhověkost.

Prakticky užívaným vodítkem pro označení stáří je ukončení pracovního poměru a odchod do penze. S postupným posunováním věkové hranice pro odchod do penze se tedy posunuje i věkové pásmo, které nazýváme stářím. V některých děleních je pak užíváno označení „young old“, což věkově odpovídá ranému staří, dále „old old“ jako vlastní stáří, pro dlouhověkost je pak termín „very old old“ (Haškovcová, 2010). Tématem mladého stáří je odchod do penze a aktivity a seberealizace v nově vzniklém volném čase. Toto téma je věrně ztvárněno ve filmu Vratné lahve režiséra Zdeňka Svěráka. Pro staré seniory jsou pak hlavním tématem zdraví vs. nemoci, úbytek sociálních kontaktů, popř. i osamělost. Vágnerová (2007) rozlišuje podobně mladé stáří (přibližně 60-75 let) a pravé staří (nad 75 let), Příhoda (1977) pak používá názvů stáří (60-75 let) a kmetství (75 let a více).

Rané stáří, tzv. třetí věk, je obdobím kdy dochází ke změnám daným stárnutím, ty však ani zdaleka nemusí člověku bránit v aktivním a nezávislém životě. V období pravého stáří při dovršení 80 let přichází člověk do tzv. čtvrtého věku, kdy je naživu pouze polovina jeho původní generace. Stuart- Hamilton (1999) vymezuje třetí věk jako aktivní a nezávislý život ve stáří, kdežto čtvrtý věk se pak odlišuje jako období závislosti na pomoci druhých lidí. Způsob stárnutí je však i druhem volby. Odborníci na gerontologii rozlišují mezi pasivním a úspěšným stárnutím. To záleží na přístupu k životu, který si senior zvolí

(Sheehyová, 1999). Termín biologické stáří postihuje lépe než kalendářní věk interindividuální rozdíly a označuje konkrétní míru involučních změn daného jedince. Obvykle se hodnotí funkční stav, výkonnost, kondice i různé patologie, a to jak parciálně, tak celkově (Kalvach a kol., 2004).

V Eriksonově pojetí (1996) je hlavním tématem stáří neboli „osmého věku“ rozpor mezi integritou a zoufalstvím. Úkolem této etapy života je dosáhnout integrity v pojetí vlastního života jako celku. Nezvládnutí tohoto vývojového úkolu pak směřuje k zoufalství.

1.2 Jednotlivé aspekty stáří

V této podkapitole se pokusíme popsat změny charakteristické pro stáří, a to podle jednotlivých oblastí, v nichž změny probíhají. Start- Hamilton (1999) poukazuje na stáří jako postvývojovou etapu, neboť již došlo k realizaci všech latentních schopností rozvoje. Ve stáří tedy dochází k procesu involuce. Tyto involuční změny jsou morfologické i funkční a vedou k typickému obrazu označovanému jako fenotyp stáří (Čevela, Kalvach, & Čeledová, 2012). Znamky stárnutí mohou být jak tělesné, tak duševní, a jsou posuzovány měřítky biologického či psychologického věku.

1.2.1 Fyzické změny ve stáří

Nejviditelnějším rysem stárnutí jsou fyzické změny. Jak somatické, tak i psychické změny, jimiž se budeme zabývat dále, jsou podmíněny geneticky, ale také různými exogenními faktory působícími v průběhu života. Genetické dispozice kódují předpokládaný průběh stárnutí včetně pravděpodobné délky života. To je základ tzv. primárního stárnutí. Sekundárně podmíněné stárnutí pak probíhá na základě exogenních vlivů a vlastního vyrovnávání se s nimi (Vágnerová, 2007). Biologické projevy stárnutí lze pozorovat ve všech tkáních a v jejich buňkách, k nejzávažnějším změnám pak dochází v nervové soustavě. Fyzickými změnami můžeme rozumět procesy od přibývání vrásek a šedivění vlasů, přes ochabování svalstva a pokles jeho pružnosti, po změnu postury („růst do země“) a celkové snížení a zpomalení pohyblivosti. V klinické praxi je pak velmi zdůrazňována právě důležitost zachování fyzické aktivity pro podporu zdravého stárnutí.

Dochází také ke stárnutí smyslů, zatímco čich je relativně stabilní, u ostatních smyslů dochází ke změnám. Bývá oslabeno rozlišování chutí, zvyšuje se práh citlivosti hmatu a dochází ke zhoršení sluchu a zraku (Haškovcová, 2010). Přibližně 90% populace trpí po 60. roce života výrazným zhoršením zraku a u 30% je tomu pak v případě sluchu (Langmeier & Krejčířová, 2006). Zejména oslabení sluchu může mít podstatný dopad na vztahy a komunikaci se sociálním prostředím. Senioři se za svůj hendikep mnohdy stydí a tak mnohdy dochází k nedorozuměním, omezování kontaktu a izolaci namísto přijetí změn a nalezení konstruktivnějších řešení za pomoci lékaře (Haškovcová, 2010).

1.2.2 Psychické změny ve stáří

Psychické změny ve stáří jsou velmi úzce spjaty se změnami biologickými, neboť fungování emocí, kognitivních funkcí, motivačně- regulačních funkcí, a dalších psychických funkcí závisí na fungování CNS, který prochází velkými změnami.

V průběhu stáří dochází k poměrně malému úbytku nervových buněk v mozku, a to přibližně o 10-15% zejména v čelních a spánkových lalocích. Objem celé mozkové kůry se v průběhu stárnutí zmenšuje, přičemž k největším korovým změnám dochází v čelních lalocích. Tyto struktury jsou zásadní pro funkčnost exekutivních funkcí. O něco méně se zmenšuje kůra temenních a spánkových laloků, přičemž tyto struktury jsou zásadní pro fungování dlouhodobé paměti. I bílé hmoty mozkové ubývá, k největšímu úbytku dochází opět v oblasti čelních laloků (Koukolík, 2014).

Kognitivní aspekty stáří

Ve stáří postupně klesá kognitivní plasticita, tedy schopnost využít svůj potenciál. Dochází k proměně kognitivních funkcí, zhoršuje se paměť, klesá inteligence i tvořivost. Zatímco fluidní inteligence, tedy jakéhosi důvtipu či bystrosti, ubývá, krystalická inteligence bývá zachována v podobě moudrosti (Stuart-Hamilton, 1999). Moudrost může být charakterizována výjimečným vzhledem do lidského vývoje a života, schopností poradit si při řešení životních problémů či posuzování více alternativ. Sternberg (2009) na základě svého výzkumu z roku 1985 vymezuje šest faktorů lidské moudrosti: usuzovací schopnost, bystrost či chytrost, učení se z myšlenek jiných lidí a prostředí, posuzování alternativ,

rychlé využití informací a důvtip. Takové vymezení moudrosti však přesahuje hranice krystalické inteligence a naopak vyjadřuje syntézu obou typů inteligence. Koukolík (2014) poukazuje na jiné složky moudrosti: prosociální postoje a chování, sociální rozhodování a praktická znalost života, emoční rovnováha, sebepoznání, tolerance, schopnost zvládat nejistotu a víceznačnost.

Ve stáří dochází ke zpomalování, ztrátě přesnosti a úbytku v zaznamenávání, ukládání a využívání informací (Stuart-Hamilton, 1999). Zhoršuje se především paměť pro nové události, tedy paměť prospektivní (Langmeier & Krejčířová, 2006). Moragas (1998) poukazuje, že efekt stáří na paměť je podmíněn vedle biologické báze také psychosociálními faktory, kterými může být původní nízká úroveň inteligence, absence zvyku učení a zaznamenávání informací do paměti (což může ovlivnit například pracovní rutina), nedostatek motivace či sebenaplňující se prorocství ohledně funkčnosti vlastní paměti.

Jednotlivé změny však neovlivňují celkové fungování paměti komplexně, ale spíše selektivně. Proto je vhodné představit si základní dělení paměti. Krátkodobá paměť uchovává informace na několik sekund, příležitostně i několik minut (Sternberg, 2009). V současné době se užívá spíše termín pracovní paměť (Koukolík, 2000). Podle Atkinsonova- Shiffrinova modelu uchovává krátkodobá paměť také některé kontrolní procesy regulující obousměrný tok informací do dlouhodobé paměti. Dlouhodobá paměť pak uchovává záznamy po dlouhá časová období (Sternberg, 2009).

Squire a Knowlton (1995) rozlišují dlouhodobou paměť deklarativní (explicitní) a nedeklarativní (implicitní). Do kategorie deklarativní paměti spadá paměť epizodická, tedy paměť pro události, a dále paměť pro fakta, tedy paměť sémantická. Nedeklarativní paměti se pak rozumí paměť procedurální (dovednosti a automatismy), priming, klasické podmiňování a neasociativní učení. Autoři dále zdůrazňují spojitost různých typů paměti s činnostmi odlišných mozkových struktur. Za explicitní paměť je zodpovědná mimo jiné střední část spánkového laloku a ústřední roli zde hraje hipokampus. Hipokampus se v průběhu stárnutí poměrně rychle zmenšuje, v tomto směru je důležité rozlišit fyziologické stárnutí od kognitivní poruchy (Koukolík, 2014). To bude podstatné dalších kapitolách týkajících se kognitivního deficitu u Alzheimerovi nemoci.

Emoce a stáří

Vývojové proměny emočního prožívání závisí na psychických, sociálních a somatických faktorech. Rozhodujícími podmínkami může být zejména zdravotní stav, ekonomická situace a vztahy s rodinou a blízkými lidmi. V raném stáří může být pocit pohody relativně častým jevem a dochází k poklesu neuroticismu, což souvisí s poklesem tendence k negativnímu emočnímu ladění (Vágnerová, 2007). V průběhu stáří dochází k celkovému snížení intenzity emocí a afektivní prožívání se stává méně bezprostřední (Langmeier & Krejčířová, 2006). Na druhou stranu však dochází k určité dráždivosti, a to z důvodu snižování odolnosti k zátěži.

„Hladký“ průběh zdravého stárnutí a pozitivních emocí však může zmařit mnoho faktorů. Jsou jimi například sled negativních událostí v krátkém časovém horizontu. Často se jedná o smrt nebo závažné onemocnění blízkého člověka a jiné stresové situace a ztráty. Takové negativní vlivy mohou velmi silně působit na kvalitu nálady. Hrozbou je také široká škála chronických onemocnění, která vedou ke snižování kvality života, poklesu nálady, ale třeba i k osobnostním změnám. Osobnost je pojímána jako stálá charakteristika člověka, jak ale v pozdějších kapitolách rozebereme, v pokročilejších fázích stáří a nemocí může docházet na základě změn mozkových struktur nejen ke změnám emočního prožívání, ale také k osobnostním změnám.

Tendence k prožívání určitých emocí záleží na temperamentu, který je považován za stabilní rys osobnosti. Temperament je pak závislý na určitém fungování centrální nervové soustavy, které však ve stáří podléhá změnám. Emoční prožívání mladých lidí je více vázáno na podkorové struktury, zatímco v průběhu stáří dochází k oslabení podkorových center a větší aktivaci mozkové kůry. U starších lidí se podílí na zpracovávání pocitů ve větší míře oblast střední prefrontální kůry, která je zároveň spjata s regulací emocí. V tom může spočívat vysvětlení pro lepší ovládání emocí u mladších seniorů. V pozdním stáří naopak dochází ke zhoršení emoční regulace, protože dochází k úpadku exekutivních funkcí a kontroly v kůře prefrontálního laloku (Vágnerová, 2007). To souvisí s úbytkem nervových buněk v čelním laloku (Koukolík, 2014).

S proměnami emocionality souvisí i volní regulace, která má racionální základ, ale je posilována emočně. Aktivní vůle, která se uplatňuje zejména při rozhodování, bývá u seniorů spíše inhibována. Pasivní vůle se uplatňuje při realizaci rozhodnutí a důležitá je

pak schopnost odolávat vnějším tlakům a vytrvat. Může být ve stáří velmi rozvinutá, ale někdy i hraničit s rigiditou nebo v ní přecházet (Vágnerová, 2007).

Motivace v sobě nese úsilí organismu o navození rovnováhy s prostředím skrze činnosti, které vedou k uspokojování svých potřeb a soběstačnosti. Chronická onemocnění s sebou často nesou funkční omezení, která mohou blokovat rozvoj vlastních schopností seniorů (Klevetová & Dlabalová, 2008).

1.2.3 Sociální aspekty stáří

Sociální stáří postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění (Kalvach a kol., 2004). Sociální význam stáří bývá společností často podceňován. Do vztahu k seniorům se promítá ageismus, neboli forma předsudků a diskriminace na základě chronologického věku člověka (Kimmel, 1988). Tento trend je dán především převládajícími hodnotami, k nimž patří například zaměření na výkon nebo důraz na vzhled. Mediální prezentace stáří pak posiluje tyto představy (Haškovcová, 2010).

Sociální situace je ve stáří velmi propojená se zdravotním stavem: nepříznivá sociální situace může vést ke zdravotním komplikacím, častěji pak zdravotní obtíže komplikují sociální situaci člověka a jeho rodiny (Baštecký, Kumpel, Vojtěchovský a kol., 1994).

Společenský život člověka se stáří mění, dochází ke kvalitativním i kvantitativním změnám v sociálním kontaktu. V průběhu raného stáří dochází k transformaci generativity, která se často projevuje v zaměřenosti na vztahy a potřebou být užitečný (Vágnerová, 2007). V této fázi jsou sociální vztahy důležitou součástí vlastního sebehodnocení. Ve stáří dochází k zúžení okruhu přátel, které je doprovázeno větším důrazem na kvalitu vztahů a na kontakt s rodinou, ale i potřebou odpočinku a vlastního klidu. V pokročilejším stáří pak může redukce kontaktů vést k soustředění se na sebe a jistou lhostejnost k druhým, nebo naopak pocitům osamění (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Základem podpory adaptace člověka na stáří je v sociální oblasti především podpora zapojení seniora do přirozených zájmových skupin (Čevela, Kalvach, & Čeledová, 2012).

1.2.4 Spirituální aspekty stáří

Jak popisuje Erikson, naděje, která je základní silou v dětství, postupem života dozrává a ke konci života se mění ve víru. Spirituální dimenze je postavena na systému trvalých hodnot a určitého řádu a v průběhu života se vyvíjí. Zabývá se smyslem života a může člověku pomoci strukturovat jednotlivé etapy jeho života. V pokročilejším stáří se potřeba spirituálního směřování často zvyšuje. To může být ve smyslu hledání vyššího celku než je fyzické „já“ v procesu odpoutávání se od reality života. Jedinec získává jinou perspektivu, jistý nadhled nad kontinuem života, který je ve stáří charakteristický (Vágnerová, 2007). Erikson toto směřování nazývá gerotranscendence. Transcendentnější vizi doprovází obvykle vzestup životní spokojenosti, který je doprovázen jakýmsi vnitřním klidem. Otázky po smyslu mohou vést rovněž ke zvýšení religiozity, ale i kvalitativním změnám ve vnímání náboženských otázek (Ondrušová, 2011).

Integritu však mohou narušovat již dříve popsány involuční procesy a uvědomování vlastní konečnosti může vést podle Eriksona k zoufalství. Pokud se však jedinci daří vyrovnávat se s vlivy, které jeho integritu narušují, rozvíjí se u něj ctnost, kterou je moudrost (Kliment, 2004).

2 Patologické kognitivní změny ve stáří

„Važ si starce i tehdy, kdyby ze stařecké slabosti pozapomněl svých vědomostí“ (Talmud)

V této kapitole se zaměříme na patologické kognitivní změny ve stáří a výskyt organických duševních poruch, které takový kognitivní deficit způsobují. Nejčastějšími typy organických duševních poruch jsou demence. Epidemiologické studie uvádějí výskyt demence ve věku 60 let kolem 5%, ve věku 80 let pak již 20% dané populace (Svoboda, Česková, & Kučerová, 2006). Nejčastějším onemocněním způsobujícím demenci je pak Alzheimerova nemoc, na kterou se zaměříme. Budeme se dále zabývat i několika dalšími onemocněními, které vedou k demenci.

Demencí obecně rozumíme získanou ztrátu kognitivních schopností s dopadem na kvalitu fungování člověka v běžném životě (Fanfrdlová, 2006). Jedná se o nově vzniklé déletrvající postižení více kognitivních funkcí, přičemž dochází k narušení každodenních aktivit. Na základě této obecně uznávané definice je vystaven model ABC: A- Aktivita denního života (activities of daily living), B- chování (behavior), C- kognice (cognition) (Bartoš & Hasalíková, 2010). V klinické praxi je nutno sledovat zachování, změny či postižení všech těchto tří oblastí.

Aktivitami běžného života se rozumí aktivity, které člověk ve svém každodenním životě provádí. Rozlišujeme dva typy takových aktivit, a to aktivity základní a instrumentální. Základními ABŽ jsou činnosti spojené s hygienou, stravou, oblékání, apod. Instrumentálními aktivitami se pak rozumí komplexnější či složitější činnosti, které zahrnují využití nějakého instrumentu. Může se jednat například o vaření, cestování dopravními prostředky, nakupování apod. (Čechová, Bartoš, Doležil, & Řípková, 2011).

Základním předpokladem pro rozvoj demence jsou patologické změny v kognici. Jednotlivými sledovanými doménami pak bývají zejména paměť a exekutivní funkce, dále pozornost a pracovní paměť, vizuospaciální schopnosti a fatické funkce. Na základě zhoršování a postižení jednotlivých kognitivních domén určujeme kognitivní profil, který pomáhá diagnostice, o jaký typ onemocnění se jedná (M. Vyhnálek, ústní sdělení, 12. 12. 2013).

Změny chování jsou dalším ukazatelem demence a jsou pak zátěží zejména pro pečovatele. Hodnocení behaviorálních a psychologických symptomů demence (BPSD) je rovněž zásadním krokem pro správnou diagnostiku onemocnění. Nejčastějším neuropsychiatrickým projevem AN je apatie, dále agitovanost, agresivita, neklid, úzkost a deprese. Může se také jednat o desinhibici, nevhodné sexuální chování aj. (Gustavson a Cummings, 2004). Deprese se u pacientů s demencí často projevuje somatickými symptomy a úzkostnými projevy (Franková, 2010).

2.1 Alzheimerova nemoc

Jednotlivé stupně od zdravého stárnutí až po rozvoj demence při Alzheimerově nemoci lze vnímat jako pomyslné kontinuum. To je způsobeno faktem, že rozvoj onemocnění předchází nástup samotné demence v průměru o 10-20 let. Prioritou současné doby je proto snaha o včasnou diagnostiku AN již v ranějších fázích než při rozvoji samotné demence. Demence u Alzheimerovy nemoci je nejčastějším typem, který se vyskytuje asi u 50%-60% pacientů s demencí (Bartoš & Hasalíková, 2010), někdy je uváděno až u 75% (Fanfrdlová, 2006).

Nástup Alzheimerovy nemoci je pozvolný až plíživý, a právě proto detekce pozorovaných změn nemocným či blíznými osobami v mnoha případech není časná. Postiženou kognitivní doménou je v případě AN zejména krátkodobá paměť. Pro časnější detekci AN je pro blízní nemocného obvykle matoucí, že retrogradní paměť na události dávno minulé zůstává po dlouhou dobu nedotčena. V praxi pak nemocný neví, co měl ráno ke snídani, ale bezpečně si pamatuje, jak se jmenoval jeho učitel na základní škole.

Pozornost odborníků se tak přesouvá do fáze mírné kognitivní poruchy, která demenci předchází, a v poslední době ještě o stupeň blíže do fáze referovaných subjektivních obtíží. S těmito snahami o přesun co nejbliže počátku onemocnění souvisí vyvíjení neuropsychologických baterií, které by byly senzitivnější i k raným fázím onemocnění, využívání funkčních zobrazovacích metod a rovněž výzkum biologických markerů, které napomáhají diagnostice již v preklinické fázi onemocnění. Včasná diagnostika je důležitá z pohledu léčby, o níž pojednáme dále v textu.

V klinickém obrazu AN nejdříve dominuje porucha recentní paměti a učení. Ta je následována poruchami orientace, exekutivních funkcí- hlavně pozornosti, fatických

funkcí- v podobě anomie, tedy neschopnosti nalézat správná slova, gnostických funkcí- zejména v podobě anozognozie (absence náhledu na vlastní onemocnění), a až v pozdějších fázích poruchami vizuokonstruktivních funkcí. Tento sled je zapříčiněn postupnou neurodegenerací, která se projevuje nejdříve v mediotemporální oblasti a postupně se šíří přes frontální a parietální lalok posteriorně k laloku okcipitálnímu. Až do pozdních stádií zůstávají relativně ušetřeny primární senzitivní a motorické oblasti, proto pacienti s AN nemají obvykle postižení motoriky a chůze (Nikolaj, Vyhnálek, Literáková, & Marková, 2013).

2.1.1 Fáze Alzheimerovy nemoci

Preklinická fáze

V preklinickém stadiu jsou již v mozku přítomny patologické známky AN, ačkoli zatím nedochází k projevení příznaků nemoci. V této fázi lze časem rozeznat postupné mírné zhoršování kognice, ale to však nenabývá klinicky významných rozměrů. Může se projevit zejména v subjektivních stížnostech pacienta či jeho okolí, případně při opakovaných neuropsychologických testováních (Vyhnálek, Laczó, Nikolaj, Sheardová, & Hort, 2012).

Mírná kognitivní porucha

Ve fázi mírné kognitivní poruchy dochází ke kognitivnímu zejména pak paměťovému deficitu. Postižena může být jedna nebo více kognitivních domén, pokud se bavíme o MCI due to AD (mírné kognitivní poruše při Alzheimerově nemoci), poškození zahrnuje zejména paměť (Petersen et al., 2006). Petersen a jeho Mayo Clinic AD group (1999) popisují MCI takto: výskyt stížností na paměť, aktivity běžného života jsou normální, normální celkové kognitivní fungování, abnormální paměť vzhledem k věku, nevyskytuje se demence.

Mírná kognitivní porucha se může vyskytovat také v jiné formě než amnestické, potom se bavíme o typu neamnestickém a zde by diagnostická úvaha měla vést k jiným onemocněním než je AN: u postižení více domén lze zvažovat demenci s Lewyho tělísky či vaskulární demenci, v případě postižení jedné kognitivní domény pak spíše

frontotemporální demenci, primární progresivní afázii, demenci s Lewyho tělísky, demenci u Parkinsonovi nemoci a je nutno zvážit také netypický průběh AN (Nikolaj, Bezdíček, Vyhnálek, & Hort, 2012).

Kognitivní stížnosti pacienta či jeho okolí reflektují pozorované změny kognice, přičemž aktivity denního života jsou zachované či pouze mírně narušené (Nikolaj, Vyhnálek, Literáková, & Marková, 2013). Bartoš (ústní sdělení, 3. 10. 2013) upozorňuje na to, že pacienti ve fázi mírné kognitivní poruchy nejsou zcela soběstační, přičemž nejdříve je narušena instrumentální soběstačnost. Pérès a kol. (2008) udávají jako kritické telefonování, finance, nakupování a užívání léků. Při výskytu narušení instrumentálních aktivit denního života současně s mírnou kognitivní poruchou hrozí vyšší riziko konverze do demence. Cca 15 % pacientů s MCI konvertuje každoročně do demence (Vyhnálek, Laczó, Nikolaj, Sheardová, & Hort, 2012), v horizontu 5-8 let je to pak 50-70 % (Bartoš & Hasalíková, 2010). Z těchto důvodů existuje v současné době snaha zachytit jedince s takovým rizikem a odlišit je od ostatních pacientů (Vyhnálek, Laczó, Nikolaj, Sheardová, & Hort, 2012).

V neuropsychologickém testování jsou na detekci MKP citlivé zejména oddálené vybavení paměťových testů, testy na exekutivní funkce a dále na sémantické znalosti (A. Bartoš, ústní sdělení, 3. 10. 2013). Aby byla porucha klinicky významná, je třeba dosáhnout alespoň 1,5 směrodatné odchylky od normy (Adrikopoulos, 2011)

Demence při Alzheimerově nemoci

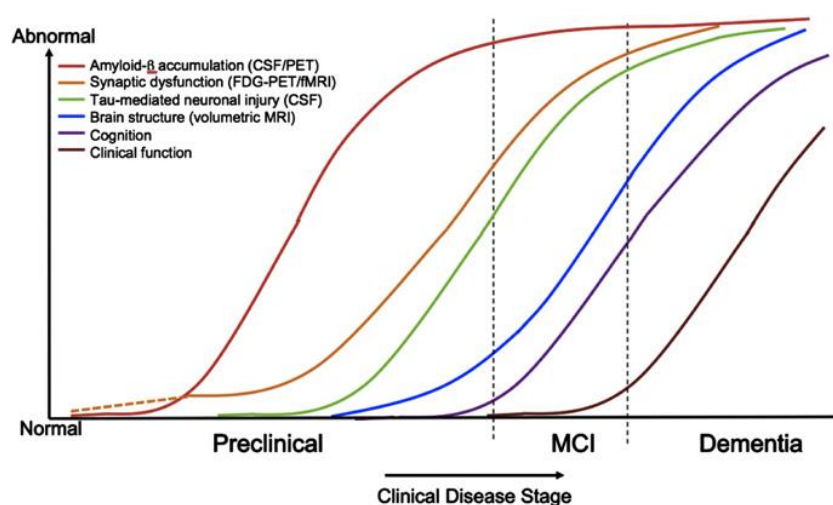
Ve fázi demence dochází na základě značného poškození mozku k narušení aktivit běžného života. Jinak řečeno, vedle těžkých kognitivních deficitů je demence charakterizována ztrátou soběstačnosti. Demence je považována za vyvrcholení průběhu AN (Vyhnálek, Laczó, Nikolaj, Sheardová, & Hort, 2012). Dochází k degradaci osobnosti a ztrátě náhledu, tzv. anozognozii (Fanfrdlová, 2006).

2.1.2 Patofyziologie

Porucha je v mozku lokalizována v temporálním laloku, kde dochází k atrofii hipokampů a přilehlých oblastí. Hipokampy mají na starosti tvorbu nových paměťových stop, proto je prvním symptomem paměťový deficit. V preklinické fázi AN dochází k patologickému hromadění bílkoviny β amyloidu. Na základě vadného štěpení amyloidového prekurzorového proteinu za patologického působení β a γ sekretáz vznikají amyloidové senilní plaky. Jedná se o terčovitě útvary vyskytující se v mozkové kůře i v řadě podkorových oblastí. Amyloid poškozuje výběžky nervových buněk a dochází k dysfunkcím neuronů. Numerická atrofie neuronů pak koreluje se stupněm demence. Na amyloidové hypotéze je postavena léčba AN (Baštecký, Kümpel, Vojtěchovský a kol., 1994).

Ukládání beta amyloidu je následováno hyperfosforilací Tau proteinu a jeho intraneuronální akumulací v podobě vzniku neurofibrilárních klubek (Vyhnálek, Laczó, Nikolaj, Sheardová, Hort, 2012). AN je charakterizována vyšším výskytem klubek v neokortexu a hipokampu. Tento jev je doprovázen synaptickými dysfunkcemi a atrofií buněk v počátku zejména v mediotemporální oblasti (Baštecký, Kümpel, Vojtěchovský a kol., 1994).

Jak senilní plaky, tak neuronální klubka nejsou specifickým jevem AN (Baštecký, Kümpel, Vojtěchovský a kol., 1994), avšak kombinace fosfo tau a sníženého beta amyloidu v mozkomíšním moku má přibližně 90% senzitivitu i specifitu pro diagnostiku počáteční fáze demence při AN (Hort a kol., 2007).



Graf 1- Hypotetický model dynamických biomarkerů Alzheimerovy nemoci rozvinutý pro vysvětlení preklinické fáze. Zdroj: Sperling et al., 2011, s. 6

2.1.3 Diagnostika Alzheimerovy nemoci

Obecnými kritérii pro diagnostiku demence (dle DSM- IV) je zhoršení paměti a nejméně jedna z dalších kognitivních poruch: afázie (ztráta symbolické funkce řeči), apraxie (ztráta schopnosti provádět motorické aktivity, agnózie (ztráta schopnosti rozpoznávání), narušení exekutivních funkcí (ztráta schopnosti plánování, organizace, posloupnosti, abstrakce).

Mezinárodně užívanými diagnostickými kritérii pro diagnostiku AN jsou v současné době kritéria podle čtyř klasifikací. Jsou jimi DSM-IV, NINCDS-ADRDA, MKN- 10 a nová výzkumná kritéria pro pravděpodobnou AN.

Ve výzkumné praxi se dosud nejvíce užívala kritéria NINCDS-ADRDA, podle kterých se k diagnóze pravděpodobné AN musí jednat o demenci prokázanou klinickým vyšetřením a podpořenou neuropsychologickými testy. Musí být přítomno postižení dvou a více kognitivních oblastí a musí docházet k progresivnímu zhoršování paměti a ostatních kognitivních funkcí. Zároveň by se měla vyloučit další systémová onemocnění a choroby mozku, které by kognitivní deficit mohly způsobit. Navíc musí docházet k narušení běžných činností života. Pomocná vyšetření (CT, EEG a likvor) pak slouží k vyloučení jiných příčin demence (Bartoš & Hasalíková, 2010). Pro definitivní diagnózu jisté Alzheimerovy nemoci by kromě uvedených bodů měly být přítomny histopatologické projevy zjištěné při autopsii či biopsii, klinická diagnóza je formulována jako „možná“ či „pravděpodobná“ AN (Lezak, 2004).

Nová výzkumná kritéria revidující NINCDS-ADRDA pak implikují nutnost progresivní poruchy epizodické paměti trvající alespoň 6 měsíců a současně splnění alespoň jednoho z podpůrných kritérií. Těmi jsou mediotemporální atrofie (sledujeme na MR), abnormální ukazatele v mozkomíšním moku (zvýšený výskyt tau a fosfo tau, snížený výskyt beta amyloidu 42), specifický vzorec na PET mozku (Bartoš & Hasalíková, 2010). Kritéria jsou revidována za účelem posunu vnímání AN z fáze demence i do fází předcházejících.

DSM-V již nepoužívá pojmu demence, nýbrž navrhuje klasifikovat mírnou a rozsáhlou neurokognitivní poruchu při Alzheimerově nemoci (dle DSM-V).

Pro vyšetření a diagnostiku AN jsou pro běžnou rutinní praxi doporučovány (Vyhnálek, Laczó, Nikolaj, Sheardová, & Hort, 2012) tato vyšetření: Anamnéza,

neurologické vyšetření, kognitivní vyšetření, zobrazovací metoda (MR u MCI, CT u demence) a základní laboratorní vyšetření. Ve specifických případech pak jsou indikována vyšetření mozkomíšního moku a funkční zobrazovací metody (PET, SPECT).

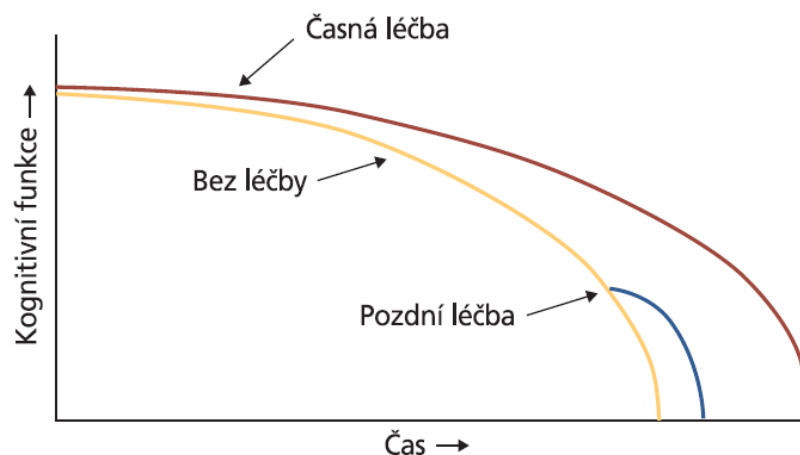
Co se týče kognitivního vyšetření, ve stadiu MCI je nutné podrobné vyšetření neuropsychologem, u pacientů s demencí pak může stačit screeningové vyšetření (Vyhnálek, Laczó, Nikolaj, Sheardová, & Hort, 2012). Mezi základními screeningovými testy můžeme jmenovat test Mini Mental State Examination (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), který je základním a všeobecně používaným. V tomto testu je možné dosáhnout maxima 30 bodů, přičemž zdravý senior dosahuje 28-30 bodů. Delšími screeningovými testy jsou pak Montrealský kognitivní test a Addenbrookský kognitivní test, který je rozšířením MMSE. V neuropsychologických bateriích dochází k hlubšímu mapování jednotlivých kognitivních domén, důraz je však kladen zejména na paměť a exekutivní funkce. Dalšími hojně používanými testy k detekci demence jsou pak například Mattisova škála demence či Test kresby hodin (Preiss a kol. 2012).

2.1.4 Léčba Alzheimerovy nemoci

„Vzhledem k tomu, že není zcela objasněna etiologie a patogeneze Alzheimerovy nemoci, není možná kauzální terapie,“ vysvětluje Jiráček (2003, s. 77-78). V současné době máme k dispozici pouze léčbu symptomatickou, již jsou inhibitory acetylcholinesterázy a dále pak memantiny. Inhibitory acetylcholinesterázy jsou indikovány pro lehkou až středně těžkou formu AN (pojišťovna léčbu zaručuje pacientům s MMSE mezi 25- 13 body). Jsou využívány tři odlišné substance: donepezil, rivastigmin a galantamin. Memantiny se pak používají v pokročilejších fázích demence (MMSE 17-6 bodů) (Bartoš & Hasalíková, 2010).

Se snahou o včasné nasazení léčby přichází naděje na dosažení neuroprotektivní léčby, tedy léčby, která by úbytek zastavila. (M. Vyhnálek, ústní podání, 12. 12. 2013).

Kognitivní farmakoterapii je důležité kombinovat s dalšími typy terapie. Z nekognitivní farmakoterapie jsou to antipsychotika, antidepresiva či hypnotika. Jako další důležité součásti nefarmakologické léčby lze jmenovat především reedukační léčbu a socioterapii (Jiráček, 2003).



Graf 2- Odhadovaný účinek časně vs. pozdní léčby Alzheimerovy nemoci

Zdroj: Brunovský, 2012, s. 301

2.2 Nemoc s Lewyho tělísky

Demence s Lewyho tělísky je druhým nejčastějším typem demence s 10-15 % prevalencí na poli demencí. Jedná se o neurodegenerativní onemocnění na pomezí AN a Parkinsonovy nemoci, přičemž nese některé znaky těchto poruch a má některé vlastní specifické příznaky. Počátek je obvykle datován v 7. dekádě života. LBD je bohužel často nesprávně diagnostikována pro záměnu s AN.

Klinický obraz LBD je pestrý, avšak byly popsány čtyři základní klinické syndromy. Jsou jimi progredující demence, fluktuující kognice s variacemi v pozornosti a bdělosti, zrakové halucinace a spontánní motorické znaky parkinsonismu (Ferman, 2011). K výraznému deficitu zrakově- prostorových funkcí se postupně přidávají funkce mnestické, halucinace, apatie, a častá je také deprese. Zrakové halucinace jsou rekurentní, dobře formované a detailní (Konrád, 2004). Parkinsonské symptomy se vyvinou cca u $\frac{3}{4}$ pacientů. Vyskytuje se parkinsonismus spodního těla (tzv. lower body), na rozdíl od Parkinsonovy choroby, kde jsou postiženy i horní končetiny. Dochází k častým pádům, synkopám. Časnými symptomy LBD jsou (podobně jako u Parkinsonovy nemoci) afektivní a behaviorální symptomy. Porucha chování je vázána na REM spánek, pacienti jsou tudíž ve spánku velmi neklidní, mají neklidné končetiny, vykřikují a prožívají sny. Na funkčním zobrazování je LBD podobnější AN na rozdíl od Parkinsonovy choroby (Rektorová, ústní sdělení, 2. 10. 2014).

Neurofyziologicky se jedná o kombinaci postižení struktur mozkového kmene, zvláště pak substantia nigra, podobně jako je tomu u Parkinsonovy nemoci, a výskyt Lewyho tělísek v korových oblastech mozku, konkrétně paralimbických a neokortikálních strukturách (Konrád, 2004).

Léčba LDB je obdobná jako u AN. Je velmi důležité dávat pozor na přecitlivělost na antipsychotika, kterou pacienti s LBD často trpí.

2.3 Frontotemporální lobární degenerace

FTLD jsou po Alzheimerově nemoci a nemoci s Lewyho tělísky třetí nejčastější příčinou demence neurodegenerativního původu. Obvykle nastupuje před 65. rokem a vyznačuje se plíživým počátkem a pomalou progresí. Lze hovořit o třech variantách, jsou jimi:

- behaviorálně- dysexekutivní varianta FTDL, pro kterou se užívá také označení frontální varianta či frontotemporální demence v užším slova smyslu. Je známa také jako Pickova choroba, neboť Pick byl objevitelem této nemoci (Bush & Myers, 2011)
- non-fluentní progresivní afázie
- sémantická demence (Rektorová, 2006).

U behaviorálně- dysexekutivní varianty FTDL časně dochází k deterioraci společenských aktivit, změně chování a neschopnosti regulace vlastního chování, ať už se jedná o hypersexualitu, agresivitu, neadekvátní chování aj. Poměrně časně je také emoční oploštění, ztráta zájmu o ostatní lidi, ztráta empatie. Chybí náhled na vlastní symptomy. Vedle dalších poruch chování se vyskytují také poruchy řečové produkce a somatické příznaky (Rektorová, 2006).

Non-fluentní progresivní afázie je charakterizována neplynulou spontánní řečí. Objevuje se neschopnost nalézt správná slova (anomie), gramaticky nesprávná slova (agramatismy) a fonemické parafázie (záměně slov s podobným zněním, např. „lopata“- „lokata“). Na první pohled je patrna obtížnost mluvy, její váhavost a zpomalení (Miller, Loring, & Loring, 2011).

U sémantické demence je řeč naopak plynulá, ale dochází ke ztrátě porozumění významu slov. Proto je řeč bezobsažná. Dochází k potížím poznávání a pojmenování předmětů a dochází k nahrazování slov zájmeny či k sémantickým parafáziím (záměně slov s podobným významem, např. „kladivo“ - „šroubovák“). Dochází také poruchám rozpoznávání známých tváří či objektů (Rektorová, 2006). Jazykové symptomy pak mohou být následovány změnami chování (Bush & Myers, 2011).

2.4 Vaskulární demence

Vaskulární demence patří rovněž k nejčastějším typům demence ve stáří. Ve své čisté formě se nachází asi u 11% pacientů s demencí (Stricker, Sadek, & Haaland, 2011), ve formě smíšené demence se pak vyskytuje společně s AN v dalších 20-40% (Bartoš & Hasalíková, 2010). Obecně je definována jako kognitivní deficit, vznikající na podkladě cévního poškození mozku (Telecká, 2006). Konkrétněji pak je způsobena infarkty mozku při cerebrovaskulárním onemocnění. Vzniká v důsledku náhlých mozkových příhod (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006). Vaskulární demence může být způsobena onemocněním velkých tepen, v tomto případě se může jednat o postižení multiinfarktové, přičemž dojde k sérii malých mozkových příhod, kterých si člověk ani nemusí všimnout. Uzavření malých cév se však hromadí a následuje nástup demence. Dále se může jednat o strategický infarkt, tzn. infarkt, ke kterému dojde v citlivých místech mozku (např. Thalamus) a i malá mozková příhoda může způsobit demenci (Stricker, Sadek, & Haaland, 2011). Jinou poměrně častou formou je onemocnění malých tepen, což může způsobit postižení bílé hmoty (Telecká, 2006).

Stejně jako jsou heterogenní příčiny vzniku vaskulární demence, i kognitivní deficit variuje, a to v důsledku různorodé lokalizace lézí. V klinickém obrazu však často dominuje dysexekutivní syndrom a celkové zpomalení, což je charakteristické pro subkortikální demenci. Postižen je zejména frontální lalok. Na rozdíl od AN bývá často průběh spíše schodovitý, nikoli plynulý. Dochází k častým fluktuacím.

Rizikovou skupinou osob, které může vaskulární demence postihnout, jsou lidé, kteří se dlouho léčí s hypertenzí, se srdcem, s cukrovkou apod. (Stricker, Sadek, & Haaland, 2011).

3 Deprese

„A já, nezdárný synovec, zrozený za války vychovaný v míru, pod očima kruhy jak smuteční pásky, nemohu spát...“ (Václav Hrabě)

3.1 Klinický obraz deprese

3.1.1 Prevalence

Depresivní poruchou trpí kolem 10% populace (Honzák, 1999). Preiss (2008) pak udává prevalenci 5-19% populace a poukazuje na zasažení výrazně vyššího procenta populace než je tomu jiných psychiatrických poruch. Deprese je dvakrát častější u žen, než je tomu u mužů (Steffens, 2008). Nastupuje obvykle již mezi 15. a 19. rokem života (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006). Výskyt deprese je navzdory rozporným názorům odborníků velmi rozšířeným jevem ve vyšším věku. Baštecký a jeho kolegové (1994) referují, že od 45. roku dále dominují afektivní poruchy oproti ostatním duševním poruchám. Vannorsdall a Schretlen vysvětlují, že více než třetina seniorů prožije velkou depresivní epizodu (2011). Honzák (1999) uvádí odhad výskytu u populace seniorů nad 65 let na 17% osob, Kalvach a kol. (2004) pro stejnou věkovou skupinu uvádějí 12-15%. Svoboda, Češková, Kučerová (2006) udávají výskyt depresivních příznaků ve stáří u 10-35% populace, podobně jako Steffens a Potter (2008) u 11-30% seniorů. Mackin a kol. (2012) udávají, že subsyndromálními symptomy deprese, tedy symptomy, na základě nichž ještě nelze diagnostikovat depresivní poruchu, trpí ve stáří více než 30% populace. Ve výzkumu Preisse, Vrané a Kuchařové z roku 2010 se ukázal stejný trend, a sice pozitivní korelace mezi věkem a depresivitou. Podle výsledků této i dalších studií (Nguyen & Zonderman, 2006) dochází ke zvýšení depresivity i úzkostnosti v mládí a potom ve stáří, zatímco ve středním věku dochází k jejich poklesu. Podle současných výzkumů se tedy zdá, že prevalence deprese ve stáří roste. Tradičně se však výskyt deprese ve vyšším věku považoval naopak za klesající (Bareš, 2004). Tento nesoulad je přičítán zejména poddiagnostikování deprese u populace seniorů. To ilustruje výzkum Matějovské Kubešové a kolektivu (2008): ve sledovaném souboru byla deprese diagnostikována ze vzorku 161 seniorů žijících ve vlastním prostředí u 30 seniorů (18,6 %) a léčení byli pouze 4 (2,5 %). Franková (2010) však referuje, že u zdravých seniorů je menší riziko vzniku deprese, než je tomu ve věku mladším (pouze 1-3%). U seniorské populace trpící různými

chorobami to může být až okolo jedné třetiny a u hospitalizovaných seniorů trpí depresí přibližně polovina z nich (Lam & Mok, 2009). Na základě českého výzkumu pak uvádí Holmerová (2006), že více než polovina seniorů z domova důchodců trpí depresí (40% souboru trpělo mírnou depresivitou, 15% silnou depresivitou, 34% bylo bez známky deprese a 11% mělo výsledky v normě, avšak bylo aktuálně léčeno antidepresivy).

3.1.2 Symptomatika

Deprese je charakterizována zhoršenou, skleslou, smutnou náladou, která trvá po dobu dnů či týdnů, přičemž pro diagnostické účely je udáváno alespoň 2 týdny. Je doprovázena pesimistickým výhledem do budoucnosti, neschopností radovat se a ztrátou zájmů (Honzák, 1999). Typická depresivní fáze se vyznačuje dále sníženou energií a aktivitou. Dochází k psychomotorické retardaci a je narušena schopnost koncentrace. Dotyčný je rychle unaven i po minimální námaze. Je narušen spánek, sníženo libido, snížena chuť k jídlu a často dochází k úbytku hmotnosti, někdy naopak k jejímu přírůstku. Je snížena sebedůvěra a sebehodnocení, objevují se pocity viny a beznaděje. To může probíhat v lehké, střední či těžké formě (podle MKN- 10).

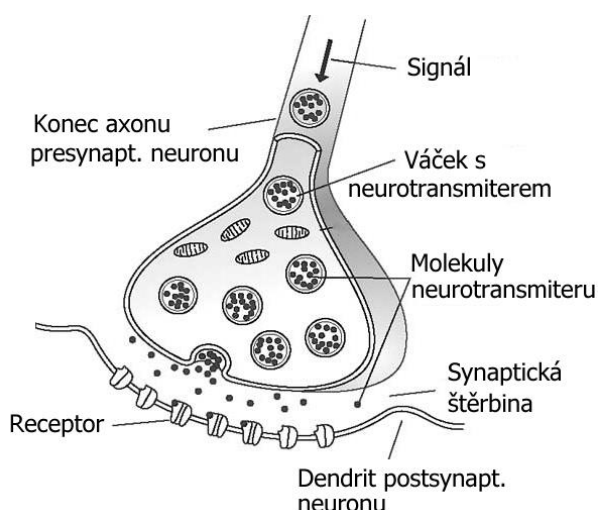
3.2 Etiopatogeneze

Dosud není přesně známý mechanismus, jak deprese vzniká. S pokračujícím výzkumem i novými poznatky například v genetice či molekulární biologii a díky technologickému pokroku zejména v metodách zobrazování však vědci stále zpřesňují možný původ tohoto onemocnění. Své k tomu mohou říci zejména vědní obory jako je genetika, neurobiologie a neuropsychologie.

Genetické studie ukazují, že existuje zvýšené riziko onemocnění depresí v přímé příbuzenské linii. Podle rodinných studií výskyt deprese v přímé příbuzenské linii zvyšuje dvakrát až třikrát pravděpodobnost rozvoje deprese (Vlček, Fialová a kol., 2010). Studie jednovaječných dvojčat ukázaly, že vliv genetické výbavy se může podílet na rozvoji deprese ze 33- 70% (Lam & Mok, 2008). Tato zjištění naznačují genetickou bázi velké depresivní poruchy.

Deprese často následuje prožitek významného psychosociálního stresu, stresor je tedy jakýmsi spouštěčem deprese. To platí zejména v případě první depresivní epizody. Nepříznivé zkušenosti z dětství, jakými jsou například zneužívání, ztráta rodiče či různá jiná traumata, bývají také často v anamnéze depresivních pacientů (Lam & Mok, 2008). I nepříznivé zkušenosti v průběhu života jsou důležitými sociálními faktory, které mohou ovlivnit rozvoj deprese. Jsou jimi zejména rozvod, ovdovění, zneužívání návykových látek či sociální izolace. Rizikovými obdobími u žen jsou pak poporodní období a menopauza (Vlček, Fialová a kol., 2010). Studie prováděné na dvojčatech ukázaly, že stres nemá vliv na rozvoj deprese u lidí s velmi nízkou genetickou vulnerabilitou, avšak naopak u lidí s geneticky zvýšeným rizikem onemocnění depresí stresové události dále zvyšují riziko jejího rozvoje (Lam & Mok, 2008).

S depresí jsou spojeny neurochemické změny, které se týkají nedostatku monoaminových neurotransmiterů v mozku (Vlček, Fialová a kol., 2010). Těmito biologickými aminy jsou zejména serotonin (tedy 5-hydroxytryptamine neboli 5-HT) a noradrenalin (nebo také norepinefrin, zkratka NE, česky NA), ale také dopamin (DA) (Kanade, 2013). Neurotransmitery slouží k přenosu vzruchu mezi nervovými buňkami. Mezi dvěma nervovými buňkami je synaptická štěrbina, do níž je neurotransmitter uvolňován. Nedostatek tří výše jmenovaných neurotransmiterů na synapsích pak způsobuje snížení napětí, což vede k závadám v přenosu informace mezi nervovými buňkami v mozku (McKenzie, 2001).



Obrázek 1 - Přenos vzruchu na synapsi
Zdroj: Polách, 2012¹

¹ Dostupné z: <<http://www.upsychiatra.cz/srozumitelne/neurony-neurotransmitery-a-synapse/>>

Na monoaminové hypotéze je postavena léčba antidepresivy (Vlček, Fialová a kol., 2010). Teorie neuromediátorová předpokládá, že primární příčinou deprese je samotný výše popsaný nedostatek tří neurotransmiterů v CNS. Receptorová teorie se pak zaměřuje na počet a citlivost presynaptických a postsynaptických receptorů. V důsledku nedostatku neurotransmiterů totiž dochází k up-regulaci (tedy navýšení) postsynaptických receptorů, která ovlivňuje depresivní náladu (Martínková a kol., 2007).

Zatímco noradrenalin ovlivňuje zejména motivaci, energii, zájem a koncentraci člověka, serotonin determinuje impulzivitu, sexuální aktivitu a chuť k jídlu. Společně potom určují náladu, spánek, úzkost, bolest, prožívání stresu a adaptaci na stresor (Vlček, Fialová a kol., 2010).

Společně s poklesem noradrenalinu a serotoninu se také mění hladiny ostatních neurotransmiterů, což zasahuje zejména acetylcholinergní systém, který hraje důležitou roli při kognitivních procesech (Kučerová, Preiss, Navrátilová, & Černík, 2008).

Při depresi dochází k morfologické nerovnováze mezi hypofunkcí až úbytkem frontální kůry, atrofií hipokampu a hypertrofií amygdaly (Martínková, 2007). To je spojováno s kognitivním deficitem, zejména pak poruchami paměti u pacientů s depresí (Lam & Mok, 2008). Dochází také k porušení neuroplasticity a to v důsledku neuronální atrofie, zkrácení a snížení počtu dendritů a dalších jevů (Kučerová, Preiss, Navrátilová, & Černík, 2008).

3.3 Diagnostika deprese

Deprese je afektivní porucha neboli porucha nálady. Jak je popsáno v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10), deprese je jedním pólem poruch afektivity, tím druhým je pak euforie. Změna nálady je doprovázena změnami v celkové aktivitě. Poruchy nálady mají tendenci k recidivě a individuální fáze je často vyvolána stresovou situací či událostí. U seniorů, jak ukázal český výzkum autorů Horáčka, Rozehnalové, Rösslerové a Dvořáka, je pozorována významná asociace mezi rizikem rozvoje deprese a stresujícími událostmi z oblasti tělesného zdraví (2010). Symptomy depresivní fáze jsou popsány výše. Periodická depresivní porucha je pak diagnostikována při opakujícím se výskytu depresivní fáze.

Pokud se vyskytují vedle fází deprese také fáze hypománie či mánie (zvýšená nálada, energie či aktivita), jedná se o bipolární afektivní poruchu. Perzistentními neboli trvalými poruchami nálady pak jsou cyklothymie a dysthymie. Cyklothymie se značí perzistentní nestabilitou nálady včetně početných období deprese nebo lehké mánie, přičemž žádná perioda není dostatečně těžká nebo dlouhá, aby mohla být diagnostikována jako bipolární afektivní porucha. V případě dysthymie se jedná o chronické zhoršení nálady, které trvá alespoň několik let, avšak není dostatečně těžké nebo jednotlivé periody nejsou dostatečně dlouhé, aby mohla být diagnostikována periodická depresivní porucha (MKN- 10).

Klasifikace DSM-IV pak dělí poruchy nálady na depresivní poruchy, bipolární poruchy, poruchy nálady na podkladě jiného onemocnění a poruchy nálady při užívání látek. Pokud se zaměříme pouze na depresivní poruchy, rozlišuje mezi:

- velkou depresivní poruchou, která může být ojedinělou epizodou či rekurentní poruchou,
- dystymní poruchou, s časným či pozdním nástupem, popřípadě s atypickými rysy
- blíže neurčenou depresivní poruchou

Pro pozitivní diagnózu velké depresivní epizody je nutné, aby bylo přítomno alespoň 5 následujících symptomů po dobu 2 týdnů, přičemž tento stav znamená změnu. Přitom alespoň jeden ze symptomů musí být depresivní nálada či ztráta zájmu či potěšení.

- 1) Depresivní snížená nálada
- 2) Výrazně snížený zájem či radost z aktivit
- 3) Signifikantní ztráta hmotnosti či změna chuti k jídlu
- 4) Insomnie či hypersomnie
- 5) Psychomotorická agitovanost či zpomalení
- 6) Únava či ztráta energie
- 7) Pocity vlastní bezcennosti a viny
- 8) Snížená schopnost koncentrace
- 9) Opakující se myšlenky na smrt

Depresivní porucha může být v lehké, střední či těžké formě, dále v částečné remisi, v plné remisi či ve formě předchozí historie. U těžké velké depresivní poruchy je významně zvýšené riziko sebevraždy (DSM- IV).

Existují různé testové metody, které používáme pro diagnostiku deprese. Mohou jimi být projektivní metody, dotazníky či posuzovací stupnice aj. Z technik, které můžou odhalit depresivitu, lze jmenovat například projektivní testy Rorschachův test (ROR) a Tematicko apercepční test (TAT), a dále pak test osobnosti Minnesotský inventář (MMPI). Speciální psychometrické nástroje specificky vyvinuté pro měření deprese jsou často posuzovací stupnice (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006). Mohr a Brouwers (1991) rozděluje možnosti hodnocení afektivních stavů na 3 skupiny: rozhovor, posuzovací škály pro pozorovatele a sebeposuzovací škály. Z posuzovacích škál pro pozorovatele patří k nejčastěji užívaným Hamiltonova škála depresivity (HAMD) a stupnice Montgomeryho a Åsbergové (MADRS). Ze sebeposuzovacích škál je to pak Beckův inventář deprese (BDI) a Zungova sebeposuzovací stupnice deprese (ZSDS).

U populace seniorů je často využívána Geriatrická škála deprese (GDS), kterou se budeme podrobněji zabývat v praktické části této práce. Pro pacienty s demencí je určena Cornellova škála deprese u demence (CSDD).

3.4 Léčba deprese

Existují různé typy terapie deprese, které se navzájem doplňují nebo mohou být účinné i samostatně. Záleží na hloubce deprese, ale i interindividuálních faktorech. Anders (2005) přehledně rozlišuje terapii biologickou a nebiologickou. Biologická terapie může být farmakologická (antidepresiva, případně anxiolytika, hypnotika aj.) nebo nefarmakologická (fototerapie, elektrokonvulze etc.). V rámci nebiologické léčby se může jednat o terapii podpůrnou či specifickou a dále o psychoedukaci.

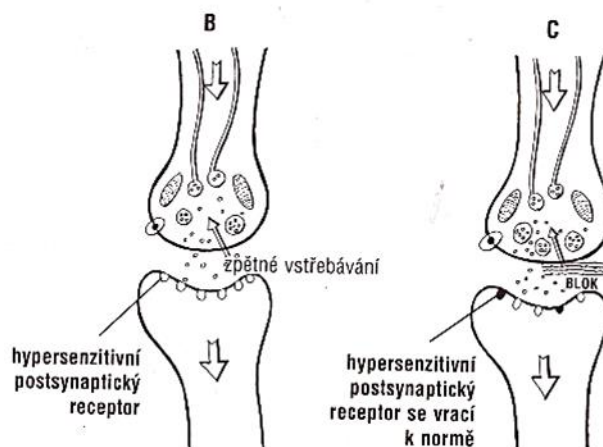
Pro lehkou formu deprese bývá účinná psychoterapie, pro střední a těžkou formu deprese je užívána obvykle medikace antidepresivy. Nejvíce se pak doporučuje kombinovat systematickou psychoterapii s farmakoterapií, a to zejména pokud dominují psychosociální stesky. Z psychoterapeutické léčby se velmi často užívají techniky kognitivně behaviorální, ale i další typy terapie jako je například interpersonální či krátká psychodynamická terapie (Štětkářová, 2013). Důležitá je také rodinná terapie a edukace

rodinných příslušníků (Jirák, 2004). Při farmakorezistentní depresi nebo při těžké depresi s rizikem suicidia bývá indikována elektrokonvulzivní terapie (Anders, 2005).

Při nasazení farmakologické léčby je typický relativně pomalý nástup účinku (obvykle dva až tři týdny), což může být pro pacienta zpočátku velmi frustrující (Honzák, 1999). Antidepresivní účinnost léku je spojena se zajištěním větší biologické dostupnosti monoaminů na centrálních synapsích (Vlček & Fialová, 2010). Toho lze dosáhnout pomocí několika mechanismů: lze inhibovat biodegradaci (tedy přirozený úbytek neurotransmiterů v důsledku působení enzymu monoaminoxidázy [MAO]), dále lze inhibovat přirozené zpětné vychytávání (reuptake) monoaminů do presynaptického zakončení neuronu a konečně lze působit přímo na receptory neuronů (Martínková a kol., 2007).

Mezi inhibitory monoaminoxidázy (IMAO) patří neselektivní ireverzibilní blokátory MAO (1. generace) a dále druhá generace v podobě selektivních blokátorů tohoto enzymu. MAO existuje ve dvou formách: MAO- A se vyskytuje intracelulárně a způsobuje biodegradaci všech monoaminergních neurotransmiterů. MAO- B je pak enzymem aktivnějším v biodegradaci dopaminu. Zatímco neselektivní inhibitory nerozlišují formu A a B, selektivní inhibitory pak lze lépe zacílit a předejít tak některým vedlejším účinkům.

Mezi inhibitory zpětného vychytávání monoaminů patří tricyklická a tetracyklická antidepresiva (1. a 2. generace) a dále selektivní inhibitory reuptake neurotransmiteru, které mohou působit preferenčně na zpětné vychytávání serotoninu, noradrenalinu či dopaminu. Na obrázku vpravo můžeme vidět působení inhibitorů zpětného vychytávání:



Obrázek 2 – Působení antidepresiv na neurotransmitery (B: Pokles množství neurotransmiterů vyvolává zmožení receptorových míst; C: Antidepresivum zablokuje zpětné vstřebávání neurotransmiteru ze štěrby do presynaptického neuronu, přičemž klesá počet receptorových míst a dochází tak k normalizaci). Zdroj: Honzák, 1999, s. 69

Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) jsou nejrozšířenějšími antidepresivy současnosti. Zvláště u seniorů bývají SSRI lékem první volby, neboť jsou obvykle dobře snášené (Drástová & Krombholz, 2006). Další výhodou SSRI je i zmírnění úzkostné symptomatiky, která bývá často rovněž přítomna (Anders, 2005). Tricyklická antidepresiva jsou naopak nevhodná pro anticholinergní účinky (P. Ressler, ústní sdělení, 2. 10. 2014).

Poslední skupinou dle mechanismu účinku jsou agonisté a antagonisté receptorů, kam patří antagonisté adrenergických a serotoninergických autoreceptorů (NaSSA). Ty jsou užívány zejména pro léčbu depresivní poruchy spojené s úzkostí a mají výhodu relativně rychlého nástupu účinku (Martínková a kol., 2007).

3.5 Rekurence a remise

Deprese je dlouhodobým onemocněním, které charakterizuje chronicita a opakovatelnost, tedy rekurence. Proto není léčba indikována pouze pro fázi akutní, nýbrž také ve fázi pokračovací a pro udržovací účely. Remise je pak obdobím, kdy je jedinec bez příznaků deprese. Podle MKN- 10 je depresivní porucha považována v remisi za těch podmínek, že současný stav nesplňuje kritéria pro depresivní epizodu jakékoliv tíže ani pro jinou poruchu ze spektra afektivních poruch neboli poruch nálady (v MKN- 10 se nachází

pod označením F30 – F39). V praxi to však znamená, že nemusí dojít ani zdaleka k vymizení všech příznaků deprese a některé naopak mohou přetrvávat. K měření, zda je jedinec bez příznaků deprese, se z psychometrických metod často užívá Hamiltonova škála depresivity (Preiss, 2008).

3.6 Specifika deprese ve stáří

Poruchy nálady se u seniorů často objevují na základě jiných onemocnění (Lam, Mok, 2008). Honzák (1999) poukazuje na to, že odhadem v 90% případů není deprese správně rozpoznána a včas léčena. To je způsobeno zejména tím, že u lidí ve starším věku se deprese nemusí prezentovat výrazně smutnou náladou a je pro ni spíše charakteristický výskyt řady nespecifických obtíží, mezi nimi pak somatických příznaků.

U starších osob, které netrpěli depresí chronicky, může spustit depresi prožívání stresu, a to zejména při ztrátě manželky či manžela a jiných drahých osob (Lezak, 2004).

Deprese ve stáří se vyznačuje vysokou variabilitou vyskytujících se příznaků onemocnění. Vedoucím příznakem však i přesto podle Jiráka zůstává smutek (2004). Dle převažujícího klinického obrazu lze rozlišovat různé formy depresivní poruchy ve stáří (Franková, 2010):

- Forma depresivní- převažují depresivní symptomy jako například sebeobviňování, nezáměr o aktivity, mohou se vyskytovat sebevražedné myšlenky.
- Forma apatická- bez proklamace depresivních symptomů, v popředí se vyskytuje nezáměr o činnosti, apaticko- abulický syndrom a anhedonie
- Forma somatická- dominují somatické stesky jako je bolest, nechutenství či nespavost
- Forma s převahou úzkostných symptomů- dochází k agitaci, dožadování se pozornosti, stereotypnímu projevu či vegetativní symptomatice. Tato forma bývá typická u pacientů s demencí.
- Forma behaviorální- dochází k dysforii, zvýšené neúčelné aktivitě, neklidu a nespavosti. Zejména u mužů se vyskytují také stavy agresivity.
- Forma psychotická- obsahuje psychotické příznaky, bludy.

Velmi častá je multimorbidita a vzájemné překrývání symptomů, ze strany seniora pak často dochází k bagatelizaci potíží. To komplikuje správnou diagnostiku a tedy i léčbu.

Většímu riziku deprese jsou vystaveny ženy, neboť i ve stáří se u žen vyskytuje deprese 2x častěji než je tomu u mužů (Steffens, 2008). Holmerová a Vaňková (2009) uvádějí tyto rizikové faktory deprese ve stáří:

- Osamocenost, sociální izolace
- Ztráta partnera, blízkých, příbuzných
- Nízký socioekonomický status
- Dlouhodobý pobyt v instituci
- Dysabilita a nesoběstačnost
- Chronická bolest
- Chronická onemocnění
- Deprese či tentamen suicidii (suicidální pokus) v anamnéze
- Abúzus alkoholu či jiných návykových látek

Drástová a Krombholz (2006) kromě výše uvedených rizikových faktorů udávají ještě věk nad 60 let, očekávaný konec života a pozitivní psychiatrickou anamnézu obecně.

Deprese ve stáří je spojována se zvýšeným rizikem morbidity a dlouhodobější hospitalizace (Lam & Mok, 2009).

4 Deprese a demence

„Ptal ses mě ale na tu silnici, jestli taky cítívám úzkost, když přecházím. Zbývaly Ti dva dny, neslyšela jsem, co máš na mysli“ (Viola Fischerová)

Deprese nebo demence, to je otázkou mnohých neuropsychologů pracujících se seniory. Odpověď na příčinu kognitivního úbytku je však složitější. Může se jednat pouze o depresi, o demenci, o jejich společný výskyt, přičemž deprese může být symptomem demence. U dalších pacientů pak může dojít k rozvoji demence z deprese (Vannorsdall & Schretlen, 2011).

4.1 Diferenciální diagnostika

Subjektivně referované potíže může způsobit patologie AN či jiná patologie, avšak častým případem je také deprese a úzkost. Před více než padesáti lety byl popsána tzv. „pseudodemence“, což byl pojem užitý pro pacienty s kognitivním deficitem bez „organické příčiny“, jako je tomu u depresivních pacientů (Vannorsdall & Schretlen, 2011). Namísto pojmu depresivní pseudodemence se však nyní preferuje označení deprese s příznaky demence. Jedná se o reverzibilní kognitivní poruchy způsobené funkčním postižením, především depresí (Franková, 2010). V popředí depresivní symptomatiky, kterou může zachytit neuropsycholog, bývá sebepodceňování, únavnost, poruchy pozornosti, psychomotorické zpomalení, lehký dysexekutivní syndrom, poruchy učení a paměti. Poruchy paměti jsou většinou zlepšeny či normalizovány náповědou (Vannorsdall & Schretlen, 2011). Depresivní pacient také oproti jedinci s Alzheimerovou nemocí profituje z opakované expozice podnětu (Steffens & Potter, 2008). Uvádí se, že celkově trpí poruchami kognitivních funkcí až 50% pacientů trpících depresí, přičemž tyto poruchy výrazně zhoršují kvalitu jeho života (Kučerová, Preiss, Navrátilová, & Černík, 2008). Ke zlepšení kognitivních funkcí může dojít po залéčení deprese, což se ukáže při jejich retestování. Je však nutné vzít v potaz, jak poukazuje Preiss (2008), že i po залéčení deprese může přetrvávat kognitivní deficit a nemusí dojít ke zřetelnému zlepšení kognitivních funkcí. Zejména u starších pacientů v remisi jsou přítomny známky narušeného kognitivního fungování (Kučerová, Preiss, Navrátilová, & Černík, 2008).

V některých případech je možné oddělit depresi a demenci pouze na základě dlouhodobého sledování. Zatímco u neurodegenerativního onemocnění je progresse v čase patrna, u kognitivního deficitu způsobeného primárně depresí nedochází k neustálému zhoršování (Vannorsdall & Schretlen, 2011).

Z výše uvedených důvodů je vhodné pozorovat chování testovaného, sledovat výsledky v průběhu času a rovněž porovnat výsledky testování s aktivitami denního života.

Franková (2010, s. 640) shrnuje v tabulce některé klinické rozdíly mezi depresí a demencí:

	Deprese	Demence Alzheimerova typu
Anamnéza	Depresivní porucha v osobní či rodinné anamnéze, osobní či rodinné problémy	Může být Alzheimerova nemoc v rodině
Průběh	Datovaný začátek s rychlou progresí (<6 měsíců). Může dojít k úpravě po léčbě či spontánně	Nenápadný začátek s trvalou pomalou progresí (>6 měsíců)
Klinický obraz	Výraz nepohody, stížnosti, sebepodceňování a zdůrazňování neschopnosti, malé úsilí odpovídat na otázky, trvale patická nálada	Nevyhlíží znepokojeně, zatajování, zlehčování či racionalizace neschopností, plochá a měnlivá emotivita
Kognitivní funkce	Kolísavý deficit, odpovědi "nevím", zvládání psaní i kresby, krátkodobá i dlouhodobá paměť postiženy stejně	Konzistentně nesprávné odpovědi, krátkodobá paměť závažněji postižená než dlouhodobá paměť, stabilní deficit
Chování	Obvykle neodpovídá závažnosti kognitivního deficitu, časná ztráta sociálních dovedností	Obvykle odpovídá závažnosti kognitivního deficitu, sociální dovednosti často zachovány
Konzultace	Přichází sám, vyjadřuje obavy z Alzheimerovy nemoci	Přiveden členy rodiny, kteří zaznamenali deficit

Tabulka 1- Některé klinické rozdíly mezi depresivní pseudodemencí a demencí

Zdroj: Franková, 2010, s. 640

Existují i další diagnózy, které mohou být zaměněny s demencí a depresí. Mezi takové patří například hypoaktivní delirium. Výskyt deliria je vedle deprese a demence ve stáří také velmi častý, někdy se hovoří o tzv. „3D“, případně společně se závislostí na

lécích („drug dependency“) tvoří obávané „4D“. Jak poukazuje Konrád, není vyloučen ani spolumvýskyt všech čtyřech D u jednoho pacienta² (J. Konrád, ústní sdělení, 22. 9. 2011).

4.2 Komorbidita

Základní charakteristikou nemocí ve stáří je polymorbidita, tj. výskyt většího počtu různých onemocnění, často pak těch chronických (Vágnerová, 2007).

K dalším základním znakům chorob ve stáří patří vedle multimorbidity také zvláštnosti klinického obrazu a průběhu. Baštecký a kol.(1994) popisují tzv. fenomén ledovce, kdy starý člověk popisuje pouze část svých chorobných příznaků a ty zbylé bagatelizuje. Dalšími znaky nemocí ve stáří jsou pak protrahovaný průběh, netypické a vzdálené příznaky či akcelerační fenomén, který je charakterizován urychlením procesu stárnutí zapříčiněným přítomností choroby.

Mnoho výzkumů je zaměřeno zejména na stadium mírné kognitivní poruchy, její společný výskyt s depresí, a jejich vzájemný vztah. Hidaka a kol. (2011) ve své studii komorbidit MCI s depresí, na níž participovalo 1888 japonských seniorů, porovnávají výskyt deprese u seniorů s MCI a kognitivně zdravých, a naopak výskyt MCI u jedinců s depresí a u jedinců bez poruch nálady. Ukázalo se, že mírná kognitivní porucha byla přítomna u 26,2 % seniorů s depresí, zatímco u seniorů bez poruch nálady to bylo 17. 9%. Jedinci s MCI pak spíše rozvinuli depresi (26, 3%) než senioři s normálním kognitivním fungováním (18,0%)

Subjektivní kognitivní stížnosti jsou ve stáří velmi typické jak pro depresi, tak pro mírnou kognitivní poruchu. Vaughn, Laporte a Franzen (2011) zkoumali jednotlivé symptomy deprese u kognitivně zdravých jedinců a u jedinců s mírnou kognitivní poruchou. Studie ukázala, že lidé trpící mírnou kognitivní poruchou a zároveň depresí vykazovali spíše kognitivní a somatické symptomy deprese než je tomu u kognitivně zdravých jedinců trpících pouze depresí. Ti naopak vykazovali více afektivní symptomy oproti jedincům s MCI.

V celkové populaci je demence druhou nejčastější komorbiditou deprese, hned po chronické bolesti. Oproti běžné populaci je výskyt velké depresivní epizody za podmínek

² <<http://www.kognice.cz/kurz%20brno%202011%20prezentace/Konrad.pdf.pdf>> cit. 2014-11-21.

spoluvýskytu demence asi pětkrát vyšší (Lam & Mok, 2008). Ve stáří se široce rozrůstá množství možných etiopatogenetických faktorů deprese, mezi nimi lze jmenovat i různé choroby. Klinicky i výzkumně již byla prokázána organická depresivní porucha například u pacientů s cévními mozkovými příhodami či s Parkinsonovou nemocí (Preiss, 2008). Při společném výskytu deprese a demence často progredující symptomy demence překrývají symptomy deprese. Takto například zpomalené psychomotorické tempo může maskovat problémy s koncentrací (Lam, Mok, 2008). Deprese se vyskytuje častěji v časnějších stadiích nemoci, než je tomu u těžké demence. To ukazuje výzkum Lopeze a kol. (2003), ve kterém trpělo depresí 11,5% jedinců s mírným kognitivním deficitem, 10% jedinců se středním kognitivním deficitem a 4,5% jedinců s těžkým kognitivním deficitem. Houde a kol. (2008) ve své longitudinální studii sledovali 60 pacientů s diagnózou amnestické MCI po dobu několika let, přičemž každý rok testovali jejich kognitivní funkce a přítomnost deprese (pomocí 30- ti položkové GDS). Na grafu lze vidět podobný trend jako je tomu ve výzkumu Lopeze:

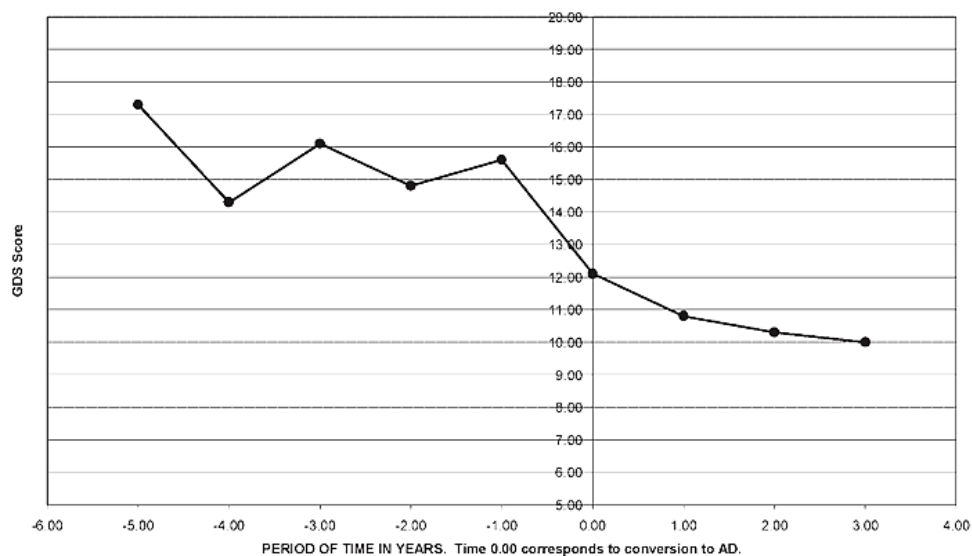


Figure 1. Longitudinal Variations of the GDS Score in Depressed Patients with Mild Cognitive Impairment who Progress to Alzheimer's Dementia.

Graf 3- Longitudinální variace skóru GDS u depresivních pacientů s MCI, kteří progredovali do demence při AN
Zdroj: Houde et al., 2008, s. 1030

Deprese u pacientů s demencí většinou nenese suicidální znaky, dominuje zejména apatie, a dále smutek a anhedonie (M. Vyhnálek, ústní sdělení, 12. 12. 2013). Deprese je také nejzávažnějším prediktorem nízké úrovně smysluplnosti života u seniorů (Ondrušová & Dragomirecká, 2012).

4.3 Deprese jako rizikový faktor rozvoje demence

Jorm, (2001) konstatuje, že již existuje dostatek důkazů o tom, že deprese je rizikovým faktorem vzniku demence. Steffens (1997) upozorňuje, že nejen deprese s pozdním začátkem, ale i deprese s časným začátkem představují riziko pro vznik demence. Zatímco deprese s pozdním začátkem (s nástupem přibližně po šedesátém roce života) je charakterizována zdravotními komorbiditami, apatií, cerebrovaskulárními patologiemi, rozšířeným kognitivním deficitem a silnějším spojením s nástupem demence, deprese s časným začátkem mívá spíše psychiatrické komorbidity, v rodinné anamnéze bývají poruchy nálady a dochází ke ztrátě objemu hipokampů při neléčení či u rekurentní poruchy.

Jorm (2001) udává 6 hypotéz, které by mohly vysvětlovat, proč jsou deprese a demence ve stáří tak provázané:

- Léčba deprese vede ke zvýšenému riziku vzniku demence. Pro tuto hypotézu existuje však jen malá podpora.
- Deprese a demence sdílejí stejné rizikové faktory. Současně známé rizikové faktory demence a deprese se však příliš nepřekrývají. Scénář zapadající do této hypotézy lze však nalézt u vaskulární demence, přičemž vaskulární nemoc je jejím rizikovým faktorem. Vaskulární nemoc může být však i rizikovým faktorem deprese.
- Deprese je prodromem demence. Tato hypotéza je kompatibilní s mnoha studiemi, v nichž deprese o něco předchází nástup demence. Avšak vzhledem k tomu, že změny na mozku předcházejí demenci o mnohá léta, nejedná se v případě deprese o brzký příznak demence.
- Deprese přichází jako časná reakce na kognitivní úbytek. Lidé s nemocí, která vede k demenci, si podle této hypotézy v časných fázích kognitivního úbytku uvědomují své selhávání a deprese má potom reaktivní charakter. Je doložena úzká provázanost kognitivních stížností a deprese, avšak důležitou otázkou je, zda deprese vzniká na základě uvědomění si vlastního selhávání, či zda deprese ovlivňuje negativně evaluaci sebe sama a samotné fungování kognitivních funkcí.
- Deprese urychluje nástup klinické manifestace onemocnění s demencí. Deprese nemusí mít vliv na patologické procesy, které vedou k demenci, může však působit na to, kdy se manifestace onemocnění projeví. Deprese způsobuje kognitivní

deficity, které mohou zapříčinit časnější manifestaci demence vzhledem k jejich sečtení s deficitem způsobené onemocněním jako je AN.

- Deprese způsobuje poškození hipokampů skrze glukokortikoidovou kaskádu. Tato hypotéza předpokládá, že prodloužená sekrece glukokortikoidů, které běžně slouží k vypořádávání se se stresory, je toxická pro hipokampus. V dlouhodobém měřítku pak vede k atrofii hipokampů a kognitivnímu deficitu.

Deprese tedy může být rizikovým faktorem demence, ale může se rovněž jednat o první příznak demence. Ve studii z roku 2000 upozorňuje Butters na zvýšené riziko konverze do demence u depresivních pacientů, kteří se po залечení deprese nezlepší, případně zlepší pouze v dílčích kognitivních doménách, bez normalizace paměti a exekutivních funkcí (Butters et al., 2000).

Výzkum Houde a kol. (2008) ukazuje, že pouhá přítomnost či nepřítomnost deprese nepredikuje progresi z MCI do fáze demence. Byly však detekovány některé prediktory, které přináší zvýšené riziko konverze do demence. Jsou jimi zejména přetrvávání deprese více než dva až tři roky a některé citlivé položky z použitého dotazníku GDS, které se týkaly zejména prožívané melancholie. Bergerová a kol. (1999) pak ve svém výzkumu poukazují na zvýšené riziko konverze do demence u depresivních pacientů, u kterých dominují symptomy spojené s motivací na rozdíl od těch, kteří mají symptomy zaměřené na změnu nálady. Takovými prediktory mohou být konkrétně ztráta zájmu, ztráta energie či problémy s koncentrací.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Kontext výzkumu a jeho předmět

Předmětem výzkumu je deprese u seniorů s kognitivním deficitem. Ve výzkumu bude brán zřetel nejen na prožívání seniorů a jejich náladu, ale také na metody jejího měření u této populace. Konkrétně se bude jednat o nejužívanější metodu u této populace v ČR, dotazník GDS.

Vlastní výzkum vznikl v návaznosti na rozsáhlý kvantitativní výzkum provedený AD Centrem, na němž jsem měla možnost částečně spolupracovat. Ráda bych čtenáři výzkum stručně popsala jako jakýsi rámec vlastního výzkumu deprese.

Výzkum probíhal od prosince roku 2012 do září roku 2013. Některé výsledky vznikly v souvislosti s řešením grantu IGA MZ NT 13183.

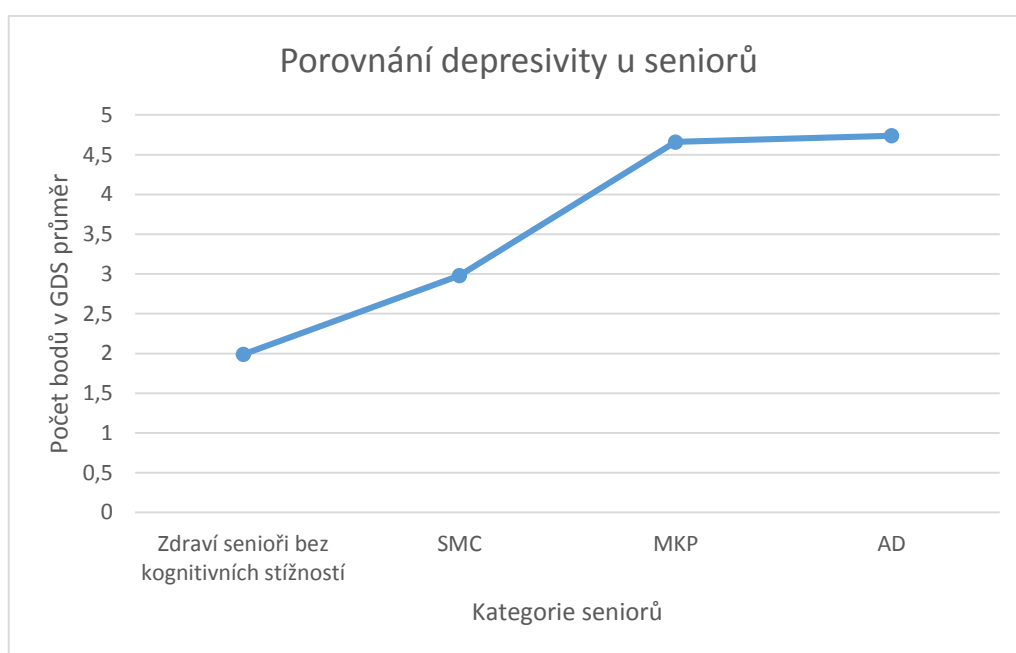
V první fázi bylo do výzkumu zapojeno 501 zdravých seniorů a 59 seniorů s Alzheimerovou nemocí. Ve druhé fázi byla data z výzkumu sloučena s daty z předešlého výzkumu z roku 2012 a v tomto případě bylo zapojeno do výzkumu dohromady 988 seniorů, přičemž participovali zdraví senioři bez kognitivních stížností, zdraví senioři s kognitivními stížnostmi, pacienti s mírnou kognitivní poruchou a pacienti s pokročilejší Alzheimerovou nemocí (s diagnostikovanou demencí).

Byla použita neuropsychologická baterie pro vyšetřování kognice a dále byly administrovány některé dotazníky pro měření nálady seniorů, konkrétněji pak deprese (GDS), úzkosti a úzkostnosti (STAI I, STAI II) a byl administrován také dotazník nežádoucích událostí (DNU).

Výsledky poukázaly na některé důležité souvislosti výskytu depresivity a kognitivního deficitu u seniorů:

- Pacienti s Alzheimerovou nemocí skórují v GDS signifikantně výše než zdraví senioři [$t(558) = -6,48$; $p < 0,001$], [$t(928) = -5,27$; $p < 0,001$].
- Pacienti s mírnou kognitivní poruchou skórují v GDS signifikantně výše než zdraví senioři [$t(919) = -4,51$; $p < 0,001$].

- Senioři s kognitivními stížnostmi skórují v GDS signifikantně výše než zdraví senioři bez kognitivních stížností [$t(794) = -4,68$; $p < 0,001$].
- Nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi skóry seniorů s mírnou kognitivní poruchou a skóry seniorů s demencí v dotazníku GDS [$t(71) = -0,10$; $p > 0,9$].
- U zdravých seniorů skóry v GDS pozitivně korelovaly s věkem a negativně korelovaly se skórem v MOCA testu.
- U zdravých seniorů byl nalezen signifikantní rozdíl mezi pohlavími, ženy skórovaly výše než muži [$t(499) = 2,80$; $p = 0,005$].



Graf 4- Porovnání depresivity u zdravých seniorů bez kognitivních stížností, seniorů s kognitivními stížnostmi, seniorů s mírnou kognitivní poruchou a seniorů s demencí

Podle uvedených výsledků vyplývá, že na kontinuu zdravý senior-senior s kognitivními stížnostmi-senior s mírnou kognitivní poruchou-senior s demencí s postupujícím kognitivním deficitem nálada klesá, avšak při dosažení určité hranice se pokles nálady zastavuje. Zajímavé by bylo dále zkoumat míru depresivity u pacientů s demencí a rozdělit tuto skupinu podle míry postižení (například lehká, středně těžká, těžká demence). Z pozorování pacientů a výzkumu nálady u seniorů vzešla klinická otázka, zda je metoda GDS skutečně vhodnou metodou pro měření deprese u seniorů s kognitivním deficitem, a pokud ano, do jaké míry kognitivního deficitu lze tento nástroj ještě používat.

Z průzkumu Bartoše (ústní sdělení, 3. 10. 2014) ze září 2014³ provedeného na šesti pracovištích se seniory s kognitivním deficitem v ČR vyplynulo, že 15- ti položková GDS je nejpoužívanějším nástrojem vyšetření nálady pacientů s kognitivním deficitem v ČR.

Vzhledem k těmto výsledkům by mohlo nalezení takové hranice, v případě, že se neprokáže vhodnost používání GDS u této skupiny seniorů, přispět ke správné diagnostice deprese u populace seniorů s demencí, například s použitím jiných metod.

³ Bartoš, A. (2014). Jednoduché vyhledávací kognitivní testy, české normy a hraniční skóry pro mírnou kognitivní poruchu a Alzheimerovu nemoc. Dostupné z: <<http://www.kognice.cz/>>

6 Cíle výzkumu

Bylo stanoveno několik hlavních cílů výzkumu:

- Zjistit, jaké skóry v MMSE budou mít senioři ve výzkumném souboru
- Zjistit, jaké skóry v GDS budou mít senioři ve výzkumném souboru
- Ověřit použitelnost metody GDS u populace seniorů, kteří trpí mírnou kognitivní poruchou a dále demencí
- V případě, že metoda není vhodná pro pacienty s demencí, pokusit se nalézt hranici, do které je ještě vhodné používat GDS a od níž by pak bylo vhodnější zvažovat volbu jiné metody (např. Cornellovy škály deprese). Tuto hranici by bylo vhodné kvantifikovat výkonem v hojně používaném screeningovém kognitivním testu, popřípadě klasifikací stupně kognitivního postižení.
- Zjistit, jakých kvalit nabývá emoční prožívání u těchto seniorů a s jakými tématy souvisí, konkrétně pak tyto kvality nálady (vycházející z 15- ti položkové verze GDS):
 - Být spokojený
 - Cítit se šťastný
 - Mít dobrou náladu
 - Mít strach
 - Mít pocit, že je život prázdný
 - Cítit bezmoc
 - Cítit se bezcenný
 - Cítit beznaděj
- Na základě těchto zjištění se pokusit o vytyčení konkrétních výstupů, které by mohly podporovat pozitivní emoční prožívání u seniorů s kognitivním deficitem a naopak eliminovat negativní emoční prožívání.

6.1 Výzkumné otázky

V první řadě by bylo žádoucí zjistit, jaké charakteristiky má výzkumný soubor.

1) Jaké skóry mají senioři z výzkumného souboru ve screeningovém testu kognitivních funkcí Mini Mental State Examination?

2) Jaké skóry mají senioři z výzkumného souboru v dotazníku Geriatric Depression Scale?

Výchozí otázkou výzkumu vyplývající z klinického pozorování seniorů s kognitivním deficitem bylo, zda je GDS vhodnou metodou měření depresivity u této populace, popřípadě při jakém rozsahu kognitivního deficitu již není vhodnou metodou.

3) Do jaké míry jsou senioři s kognitivním deficitem schopni přiléhavě odpovídat na otevřené otázky, které se doptávají na jevy obsažené v položkách dotazníku GDS?

4) Při jakých hodnotách skóru v MMSE již není vhodné měřit depresi seniora pomocí metody GDS?

Tato otázka bude ověřována na základě tohoto vodítka:

- Kteří senioři budou mít zásadní problém s vyplněním dotazníku, nebo s přiléhavým odpovídáním na vytvořené otevřené otázky, které se doptávají na jevy obsažené v položkách dotazníku GDS?

Další otázky výzkumu se ptají po jednotlivých kvalitách nálady u seniorů a tématech, ke kterým se pozitivní a naopak negativní emoce váží:

5) K jakým konkrétním tématům se váží pozitivní a negativní pocity zjišťované dotazníkem GDS u seniorů s kognitivním deficitem?

6) Jaké konkrétní pozitivní změny lze navrhnout na základě výpovědí seniorů za účelem posilování pozitivních emocí a naopak eliminaci těch negativních?

7 Výzkumný design

7.1 Východiska výzkumu

Jedna z výchozích myšlenek plynoucích z literatury i praktických zkušeností byla, že s postupným rozvojem Alzheimerovy nemoci dochází ke snížené schopnosti sebereflexe. Ústup některých kognitivních funkcí by mohl rovněž znesnadňovat samotnou schopnost správně vyplnit dotazník a také porozumění jednotlivým položkám v dotazníku. Zde se tedy mohou objevit pochybnosti, zda to, co senior v dotazníku (někdy s potížemi) vyplní, bude skutečně výpovědí o tom, co prožívá. V literatuře je rovněž diskutováno, že u lidí s těžším kognitivním deficitem by mohlo docházet ke snížení validity dotazníku. Na tomto místě je nutné upozornit na nesoulad, kde je hranice středního a těžkého kognitivního deficitu.

Vzhledem k tomu, že exekutivní funkce, fatické funkce a gnostické funkce bývají u Alzheimerovy nemoci postižené s postupem vývoje nemoci (Nikolaj, Vyhnálek, Literáková, & Marková, 2013), senior s mírným kognitivním deficitem amnestického typu by ještě měl být schopen dotazník vyplnit a porozumět jednotlivým otázkám jako i odpovědět na otázky, které vyžadují schopnost abstrakce či naopak konkretizace. U jedinců se syndromem demence by to naopak nemělo být tak jednoznačné. V pokročilejší fázi onemocnění dochází k narušení aktivit běžného života (Čechová, Bartoš, Doležil, & Řípová, 2011), a tak je často zmiňováno například narušení schopnosti správně vyplnit složenky. Taková činnost by mohla mít podobnost s vyplňováním dotazníku, proto bude pozorováno i to, jak se již samotné vyplňování dotazníku bez pomoci seniorům daří.

Mým osobním zájmem pak bylo mluvit se seniory a zjistit nejen relevantní informace ohledně použitelnosti dotazníku GDS u seniorů s kognitivní poruchou, ale především prozkoumat, jaké emoce skutečně prožívají a k jakým konkrétním tématům se jejich nálada váže.

7.2 Použité testové metody

7.2.1 MMSE

Pro orientační zjišťování stupně kognitivního úbytku byla použita metoda Mini Mental State Examination (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Ačkoli je tato metoda mnohdy vystavena kritice, byla vybrána na základě svého uplatnění v praxi. Jedná se o nejpoužívanější screeningovou metodu tohoto typu v ČR, ale i ve světovém měřítku je „společným jazykem“ různých odborníků. Navíc se jedná o metodu rychlou a jednoduchou, což je její nespornou výhodou v praxi. Je velmi vhodným nástrojem pro zjišťování syndromu demence. Na jejím základě se také dobře posuzuje změna v čase- u Alzheimerovy nemoci dochází k plynulému poklesu výkonu v MMSE v čase, oproti tomu u nemoci s Lewyho tělísky dochází například k časté fluktuaci. Nevýhodou zkoušky je zejména necitlivost vůči prvotním fázím kognitivního deficitu (o to více u vysokoškolsky vzdělaných či vysoce inteligentních lidí) a necitlivost vůči některým typům neurokognitivních onemocnění. Další nevýhodou je rovněž nevyváženost jednotlivých subtestů, a to zejména vzhledem k důležitosti dvou základních domén, paměti a exekutivních funkcí, které nejsou v testu dostatečně zastoupeny. V našem prostředí je její nevýhodou absence norem a existence různých verzí, neboť administrace původního MMSE je zpoplatněna.

Tato metoda nebyla využita ve výzkumu z diagnostických důvodů, neboť jak bylo již popsáno v teoretické části práce, proces diagnostiky je komplexnější, než na základě jednou administrovaného screeningového testu. Skór je pak spíše ukazatelem současného stavu jedince. Diagnostické skupiny budou tedy děleny nikoli podle MMSE, nýbrž podle informace od neurologa.

Co se týče hraničních skórů v testu, existují různé verze posuzování výsledků.

- Zdraví senioři orientačně skórují obvykle 27-30 bodů,
- 25- 26 bodů je nález hraniční (mírná kognitivní porucha)
- 24 a méně bodů je hodnoceno jako demence, a to
 - 18-24 bodů lehký stupeň demence (popř. 20-24 bodů)
 - 6-17 bodů střední stupeň demence (popř. 10-19 bodů)
 - 6-0 bodů těžký stupeň demence (popř. 0-9 bodů).

V současnosti se však hodnocení posouvá a modifikuje a na základě nových výzkumů pak může být nahlíženo hodnocení MMSE například tak, že 30- 25 bodů je rozmezí pro skór zdravého jedince a jedince s mírnou kognitivní poruchou. Hraničním skórem pro demenci zůstává 24 bodů, avšak hodnocení se dále „zprísňuje“, 24-20 bodů může být považováno za mírnou demenci a méně než 20 bodů může být nahlíženo již jako těžký kognitivní deficit (A. Bartoš, ústní sdělení, 3. 10. 2014⁴).

7.2.2 GDS

Pro měření nálady byla zvolena 15-ti položková zkrácená verze dotazníku Geriatric Depression Scale dle Yesavage a Sheikha (Sheikh & Yesavage, 1986). Autoři považují tuto zkrácenou verzi jako vhodnou zejména v situacích, kdy je vyžadována úspora času. Metoda GDS je autory považována za citlivou vůči depresi u seniorů a je vhodná i pro osoby, které trpí mírnou až středně těžkou demencí. Jiní autoři však poukazují na snížení validity této metody u seniorů s kognitivním deficitem (Kørner et al., 2006). Instrukce k dotazníku se vztahuje na posouzení toho, jak se jedinec cítil v posledním týdnu. Na každou položku jedinec odpovídá ano či ne. Za každou odpověď získává 0 či 1 bod, minimum je tedy 0 bodů, maximum 15 bodů.

I u GDS se poněkud liší hraniční skóry. Podle údajů autora testu Yesavage jsou skóry posuzovány:

- 0- 5 bodů normální senioři
- 6- 9 bodů pravděpodobná přítomnost deprese
- 10 a více bodů přítomnost deprese

Dle české standardizace (Tošnerová & Bahbouh, 1999) jsou však české normy následující:

0- 7 bodů normální starší osoby

8- 12 bodů mírná deprese

13- 15 bodů těžká deprese.

⁴ Bartoš, A. (2014). Jednoduché vyhledávací kognitivní testy, české normy a hraniční skóry pro mírnou kognitivní poruchu a Alzheimerovu nemoc. Dostupné z: <<http://www.kognice.cz/>>

7.3 Rozhovor nad dotazníkem GDS

Ve výzkumu byl využit strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami, který následoval po vyplnění dotazníku GDS. Ještě před samotným započítáním rozhovoru byly senioři dotazováni pro získání těchto informací:

- Jméno, příjmení
- Datum narození
- Věk
- Pohlaví
- Nejvyšší dosažené vzdělání
- Bydliště
- Deprese v minulosti
- Léčba antidepressiv

Od neurologa pak byly zjišťovány tyto informace:

- MMSE
- Diagnostická skupina
- Farmakologická léčba

Otázky pro rozhovor byly navrženy na základě jednotlivých položek v dotazníku GDS. Ke každé položce k dotazníku byly vytvořeny doplňující otázky vždy pro kladnou odpověď a také pro zápornou odpověď. Takto docházelo k větvení otázek v rozhovoru podle zaškrtnuté odpovědi ve vyplněném dotazníku GDS. Otázky byly vytvořeny na několika principech:

- Otázky konkretizující (např. „*S čím konkrétně jste/nejste v životě spokojen?*“)
- Otázky popisující (např. „*Jak to vypadá, když máte dobrou náladu, mohl(a) byste mi to popsat?*“)
- Otázky na změnu (např. „*Co by se muselo změnit, abyste neměl(a) tenhle strach?*“)
- Otázky na osobní zdroje (např. „*Co Vám dává naději?*“)
- Otázky směřující k důvodu (např. „*Proč jste těchto zájmů zanechal(a)?*“)

Celkové schéma větvení rozhovoru lze nalézt v příloze.

7.4 Průběh a hodnocení výzkumu

Sběr dat proběhl v poradně pro poruchy paměti v AD Centru v areálu Vinohradské nemocnice. Senioři a jejich blízcí obvykle nejdříve navštívili neurologa, kde většinou rovněž proběhlo otestování kognitivních funkcí pomocí MMSE. Poté byli senioři požádáni, zda by byli ochotni spolupracovat také na výzkumu deprese. Většina oslovených seniorů i jejich pečovateli souhlasila a byla do výzkumu zapojena, malá část potom zejména z časových důvodů rozhovor odmítla.

Samotné vyplnění dotazníku GDS a rozhovor probíhaly v samostatné místnosti. K záznamu bylo využito audionahrávání a v průběhu rozhovoru jsem vyplňovala protokol. I pečovatel byl požádán o participaci ve výzkumu a byl mu administrován dotazník Deprese u seniorů očima pečovatele. Pečovatel nebyl přítomen při vyplňování GDS a následném rozhovoru, a to proto, aby měli všichni participující senioři stejné podmínky, a dále proto, aby přítomnost blízkého člověka neovlivňovala výběr odpovědi a sdílnost ohledně vlastních pocitů.

Senioři průběh výzkumu hodnotili velmi kladně, často zdůraznili, že bylo příjemné „popovídat si“, forma rozhovoru byla tedy vhodnou volbou pro získání mnohých zajímavých dat, ale i pro spokojenost participujících seniorů. Stalo se také, že někteří senioři nebyli spokojeni s tématy rozhovoru, takových případů byla však menšina.

7.5 Výběr výzkumného souboru

Do výzkumu byli zařazeni senioři, kteří navštěvují poradnu pro poruchy paměti v AD Centru Praha, která se nachází v areálu Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.

Kategorie zařazení do vzorky byly následující:

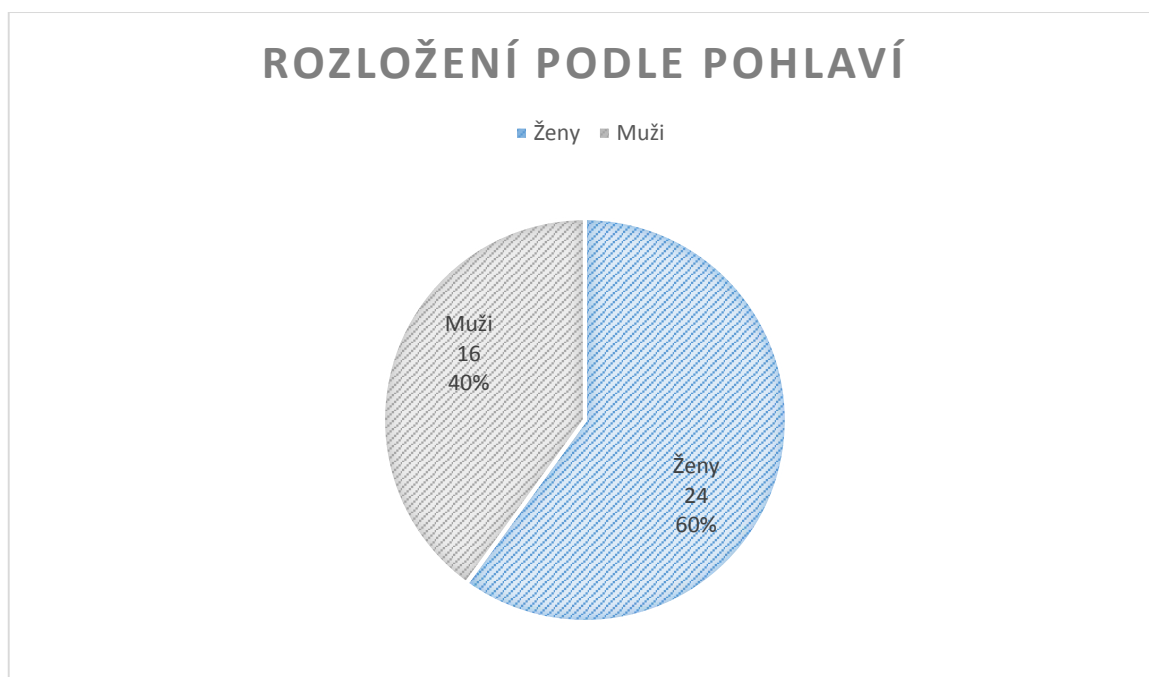
- Věková hranice 55 let a více
- Senior má narušené kognitivní funkce, zejména pak poruchy paměti (ať už se jedná o seniora se subjektivními stížnostmi na paměť, s mírnou kognitivní poruchou, či již rozvinutou demencí).
- Senior navštěvuje poradnu pro poruchy paměti v AD Centru Praha

7.6 Charakteristika výzkumného vzorku

Na výzkumu se podílelo 40 seniorů. Z původních 41 respondentů, kteří se výzkumu zúčastnili, došlo k vyloučení jednoho muže, a to pro nízký věk (48 let).

7.6.1 Pohlaví

Ve výzkumném souboru bylo 16 mužů a 24 žen.



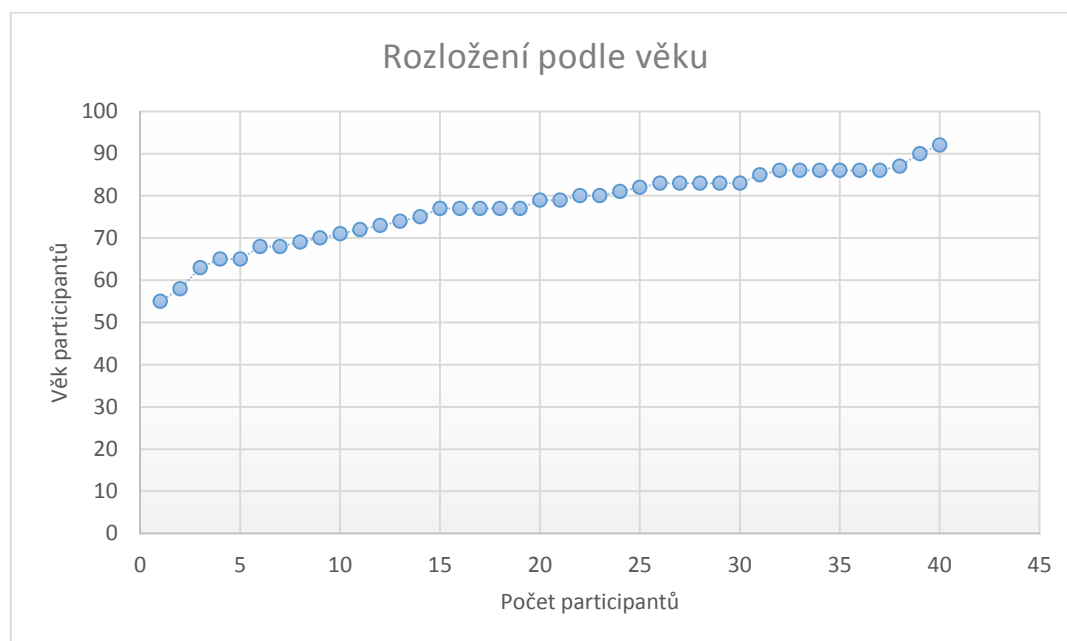
Graf 5- Pohlaví výzkumného souboru

7.6.2 Věk

Věk seniorů zařazených do vzorku se pohyboval v rozmezí 55- 92 let. Modus neboli nejčastější hodnota věku byl roven 86, zatímco medián byl 79 let. Aritmetický průměr pak činil 77 let.

Deskriptivní statistika- Charakteristiky středu a rozptýlenosti věku			
	dohromady	muži	ženy
aritmetický průměr	77,43	76,44	78,08
Modus	86	83	86
Medián	79	81,5	78
směrodatná odchylka	8,74	10,58	7,44
Rozptyl	76,35	112,00	55,30
maximum	92	87	92
minimum	55	55	65
Rozpětí	37	32	27

Tabulka 2- Popisné charakteristiky věku



Graf 6- Rozložení výzkumného souboru podle věku

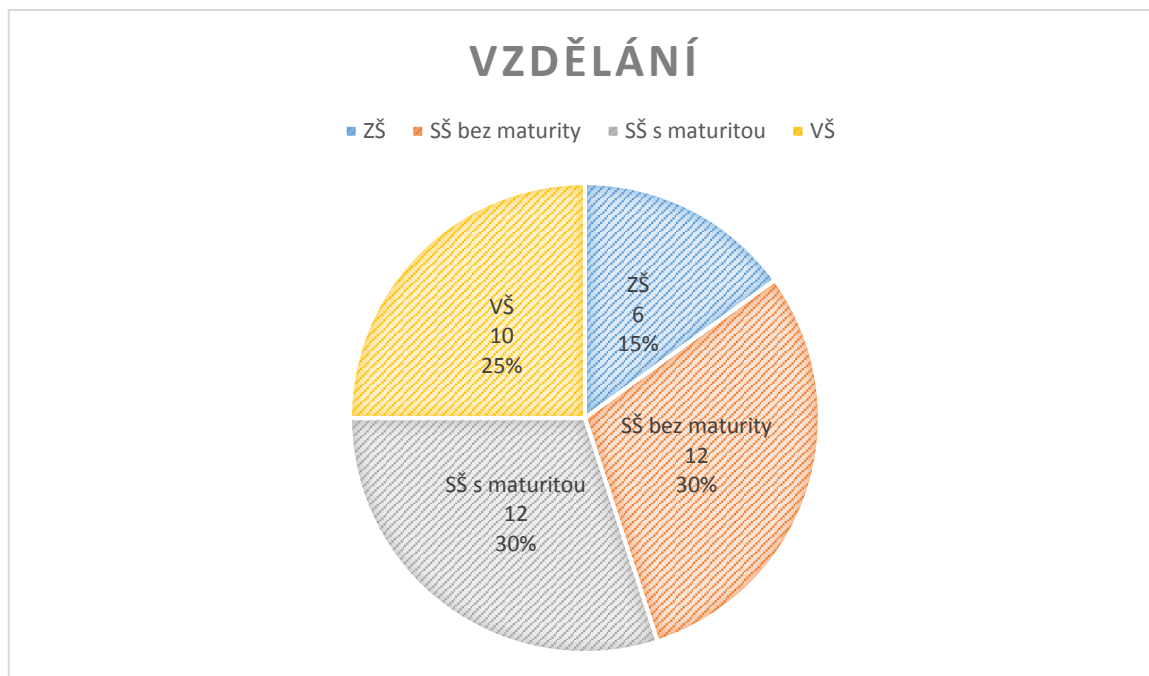
7.6.3 Vzdělání

Vzdělání seniorů bylo rozděleno do čtyř kategorií:

- Základní škola (n=6)
- Střední škola bez maturity (n=12)
- Střední škola s maturitou (n=12)

- Vysoká škola (n=10)

Převažovali lidé se středoškolským vzděláním, seniorů se základním vzděláním bylo naopak nejméně.



Graf 7- Rozložení výzkumného souboru podle vzdělání

7.6.4 Bydliště

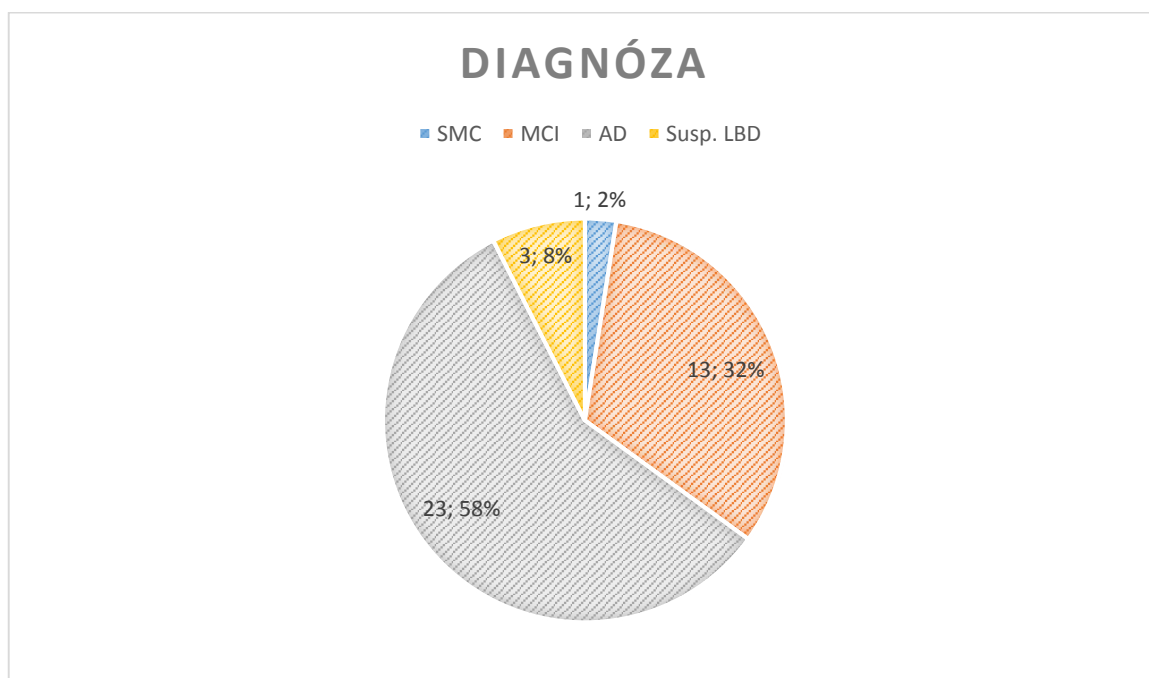
Většina respondentů bydlí v Praze (n=32), 8 respondentů pak pochází z jiných českých měst.

7.6.5 Diagnóza

Ve vzorku se vyskytovali pacienti s různým stupněm postižení kognitivních funkcí. Jako jednotky byly zvoleny:

- SMC – fáze subjektivních stížností na paměť, přičemž testování kognitivních funkcí neukazuje významné odchylky od normy (n=1)
- MCI- fáze mírné kognitivní poruchy, přičemž testování kognitivních funkcí ukazuje alespoň 1 směrodatnou odchylku od normy a je zachována soběstačnost (n=13)

- Demence při Alzheimerově nemoci- fáze s významnějším narušením kognitivních funkcí, přičemž dochází rovněž k narušení běžných aktivit (n=23)
- Podezření na jiný typ demence- z jiných diagnóz byla zvažována demence u nemoci s Lewyho tělísky (n=3)



Graf 8- Rozložení výzkumného souboru podle diagnózy

7.6.6 Deprese v minulosti

Co se týče historie deprese, dvě třetiny participantů (n=27) ve výzkumu udává, že ještě nikdy netrpělo depresí. Jedna třetina si pak myslí, že ano, anebo měla diagnostikovanou depresi.

- 27 participantů udává, že v minulosti netrpělo depresí.
- 7 participantů udává, že si myslí, že v minulosti trpělo depresí, ale nikdy jim nebyla diagnostikována
- 6 participantů mělo v minulosti diagnostikovanou depresi

7.6.7 Léčba

V současné době užívá 9 (cca $\frac{1}{4}$) participujících seniorů antidepresiva. Tento údaj neodpovídá diagnostice deprese, která byla zjištěna pouze u 6 pacientů. Tento nesoulad může být způsoben jednak tím, že pacient si již nepamatuje, že měl diagnostikovanou depresi a není si jist, k čemu užívané léky jsou (Informace o léčbě byly získávány od neurologa, zatímco informace o diagnostice deprese v minulosti od samotného seniora); a dále tím, že léky mohly být nasazeny z jiného důvodu, než je depresivní symptomatika.

- 29 participantů udává, že nikdy neužívalo antidepresiva
- 2 participanté udávají, že užívali antidepresiva pouze v minulosti (1 muž a 1 žena)
- 9 participantů užívá v současnosti antidepresiva, a to 5 žen a 4 muži

Z další léčby je 30 seniorů ($\frac{3}{4}$) léčeno kognitivou.

7.7 Etika výzkumu

Výzkum byl proveden za souhlasu každého z participujících seniorů. V případě seniorů, kteří navštěvují poradnu pro poruchy paměti s pečovatelem, byl získán také souhlas pečovatele. Participanté podepsali informovaný souhlas s účastí ve výzkumu. Rozhovor probíhal vždy v samostatné místnosti mezi čtyřma očima. Pokud senior přišel s pečovatelem (obvykle jedním ze členů rodiny), doprovázející byl ponechán v čekárně a byl rovněž požádán o vyplnění dotazníku určeného pro něj (Deprese u seniorů očima pečovatele). Všem participantům bylo zajištěno základní bezpečí a byl navozen příjemný kontakt. Seniori byli ujištěni o anonymitě dat získaných z rozhovoru a dotazníku při podepsání informovaného souhlasu vyhotoveného AD Centrem. Zároveň byli vždy dotázáni, zda jim nevadí pořízení zvukové nahrávky rozhovoru, přičemž měli možnost ho odmítnout. Toho využili dva zúčastnění. Všichni participanté byli dále ujištěni o použití nahrávky výhradně pro výzkumné účely.

Seniori nejdříve vyplnili dotazník GDS a poté byl započat rozhovor nad tímto dotazníkem. Po jeho skončení byla vždy podána zpětná vazba o výsledcích a pozorování, případně proběhl krátký rozhovor o posouzení nálady. V případě vysokých skóre v GDS a depresivním ladění bylo seniorovi citlivě sděleno, že jeho nálada se nejeví jako příliš dobrá, a že by bylo vhodné si o tom popovídat i s panem doktorem.

Výsledky GDS a případné pro pacientův stav důležité informace z pozorování byly sděleny neurologovi z Poradny pro poruchy paměti.

8 Výsledky

8.1 Zpracování dat

V první fázi bylo zkoumáno, zda jednotlivé odpovědi odpovídají na položené otázky. Na základě procentuálního vyjádření koherence odpovědí s položenými otázkami je usuzováno na porozumění a schopnost reflexe jednotlivých kvalit v položkách GDS.

Otázky týkající se změny se pak nepočítali do „indexu porozumění“, ale slouží naopak k našemu porozumění tomu, co staří lidé potřebují a co by jim pomohlo, aby se frekvence či intenzita prožívaných negativní emocí zmírnila. Výstup z tohoto typu otázek by mohl sloužit pro navržení směřování konkrétních postupů, které by mohly zvýšit kvalitu života seniorů a jejich emočního prožívání.

Dále byla provedena kvalitativní analýza rozhovorů, která byly založena na metodě zakotvené teorie neboli grounded theory. V první fázi došlo k otevřenému kódování, tedy prvotní kategorizaci odpovědí. Významově podobné jevy byly slučovány do jednotlivých kategorií a subkategorií. Byla detekována témata, která senioři považují za podstatné ukazatele různých kvalit nálady a byly zachycovány jejich vlastnosti a dimenze. V rámci axiálního kódování došlo k vyhledávání vzájemných souvislostí jednotlivých kategorií a subkategorií. Výše popsané procesy se navzájem propojovaly a rozvíjely. V poslední fázi jsem se pokusila v rámci selektivního kódování o nalezení ústředních jevů a integraci ostatních kategorií do koherentního systému. V procesu jsem postupovala podle autorů Creswella (2013), Strausse a Corbinové (1999) a Hendla (2008).

8.2 Výsledky administrovaných testových metod

8.2.1 Výsledky v MMSE

Četnosti skóre v MMSE pro výzkumný soubor (n=40) byly následující:

MMSE	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	17	16	14	5
N	1	5	3	4	2	5	4	6	1	2	2	1	1	1	1	1

Tabulka 3- Četnosti skóre v MMSE

Podle dělení rozsahu kognitivního deficitu na základě MMSE byly ve výzkumném souboru zastoupeny zejména dvě skupiny seniorů: senioři s mírnou kognitivní poruchou a senioři s mírnou demencí. Seniorů s těžším kognitivním deficitem (počítejme MMSE pod 20) bylo pouze 5 (1/8 vzorku).

Deskriptivní statistika- charakteristiky středu a rozptýlenosti pro HS v MMSE		
	Muži	Ženy
aritmetický průměr	26,13	22,29
modus	29	23
medián	27	23
směrodatná odchylka	3,30	5,15
rozptyl	10,92	26,56
max	29	30
min	17	5
rozpětí	12	25

Tabulka 4- Popisné charakteristiky výsledků v MMSE- porovnání pohlaví

Ve vzorku se vyskytl signifikantní rozdíl mezi muži a ženami ve skórech MMSE. Muži celkově skórovali výše než ženy (statistická významnost měřená T- testem vyšla $p < 0,05$). Při srovnání těchto skóre s diagnostickými jednotkami kategorizace (které nevyplývají z aktuálního MMSE, ale jsou navrženy neurologem na základě série vyšetření- viz teoretická část), zjistíme, že nepoměr není způsoben nevyvážeností jednotlivých kategorií mezi pohlavími. 16 žen ze 24 (2/3) trpí dle klasifikace demencí při AN, u mužů je to pak 7 ze 16 (téměř polovina). Roli zde tedy může hrát hloubka kognitivního deficitu.

8.2.2 Výsledky v GDS

Četnosti skóre v GDS pro výzkumný soubor (n=40) byly následující:

GDS	1	2	3	4	5	6	9	10	12
N	7	5	6	7	9	1	2	2	1

Tabulka 5- Četnosti skóre v GDS

Většina seniorů (n= 34) skórovala v dotazníku GDS v rozmezí 1- 5 bodů, což značí nízký výskyt depresivních symptomů u této skupiny seniorů. 5 bodů (n=9) pak podle některých dělení může naznačovat mírné známky depresivity. Pokud budeme vycházet z vyhodnocení dle norem z české standardizace (Tošnerová & Bahboudh, 1999), bylo zachyceno 5 seniorů, kteří trpí depresí, a to 4 muži a 1 žena.

Deskriptivní statistika- charakteristiky středu a rozptýlenosti pro HS v GDS		
	Muži	Ženy
aritmetický průměr	4,75	3,67
modus	1	5
medián	4,5	3,5
směrodatná odchylka	3,28	2,24
rozptyl	10,73	5,01
maximum	10	12
minimum	1	1
rozpětí	9	11

Tabulka 6- Popisné charakteristiky výsledků GDS- porovnání pohlaví

V dotazníku GDS ženy celkově skórovaly signifikantně níže než muži (statistická významnost měřená T-testem byla $p < 0,05$). To je poněkud překvapující výsledek vzhledem k dvojnásobné převaze výskytu deprese u žen, než je tomu u mužů. Co se týče užívání antidepresivní léčby, 5 žen a 4 muži v současnosti berou antidepresiva, nelze tedy zvažovat, že by deprese u žen byla více „podchycena“. Tento nesoulad s výsledky jiných studií však může souviset například s rozdíly hloubky kognitivního deficitu mezi muži a ženami ve vzorku. To by svědčilo pro větší výskyt deprese u mírného kognitivního deficitu, než je tomu u postupující demence. Takové vysvětlení by souhlasilo s klinickou zkušeností a bylo by vhodné tyto předpoklady dále prozkoumat.

8.3 Použitelnost dotazníku GDS u seniorů, kteří trpí demencí

Na základě administrace dotazníku GDS a provedení následného rozhovoru se seniorem jsem se pokusila o posouzení použitelnosti této metody u populace seniorů, kteří trpí demencí. Při každém rozhovoru jsem si dělala poznámky o odpovědích seniorů a

snažila jsem se posoudit, zda je odpověď relevantní vůči otázkám, které byly konstruovány na základě dotazníku GDS a doptávaly se na jednotlivé kvality nálady seniorů. Na základě dichotomického kódování jsem vypočítala „Index porozumění“ pro každého seniora a také pro každou z položek.

Jedním bodem byly hodnoceny odpovědi plně nebo alespoň částečně přiléhavé k otázce a byly alespoň částečně koherentní s původní odpovědí v dotazníku. Nula bodů bylo uděleno za odpověď, která neodpovídala ani částečně otázce, a za odpověď „nevím“. Pokud byly odpovědi příliš vágní nebo všeobecné (např. „všechno“ bez dalšího upřesnění), nebyly rovněž počítány jako plnohodnotné (a byly hodnoceny 0).

Někdy došlo k situaci, kdy senior vybral v dotazníku opačnou možnost, než referoval v rozhovoru:

Z dotazníku: Máte pocit, že je Váš život prázdný? *Ano*. Z rozhovoru: Jak ten pocit vypadá, mohla byste mi ho popsat? „*Mám hodně děti a vnoučata, tak není prázdný, mám štěstí*“. Stejně tak: Z dotazníku: Cítíte se plná energie? *Ano*. Z rozhovoru: Jak to vypadá, když jste plná energie? „*Ani už nebývám, energii musím mít, když hledám kočku...*“ (a dále vypráví příhodu s kočkou). Z dotazníku: Máte dojem, že je pěkné žít v této době? *Ano*. Z rozhovoru: Co konkrétně se Vám líbí na této době? „*Asi nic, počasí dobrý, v TV tragédie, hrůza, těžko říct, je to divná doba.*“ V takových případech není odpověď v dotazníku validní, neboť nevyovídá o skutečnosti, jak ji nazírá senior.

Ukázalo se, že senioři obvykle dokázali odpovědět na větší část otázek. Byli však přítomny některé fenomény, které znesnadňovali rozhodnutí o evaluaci odpovědi. Takovým jevem byl zejména externí popis pocitů. Ukázalo se, že senioři popisovali své emoce na základě těchto strategií:

- Popis samotné emoce (např. Jak takový pocit bezmoci ve Vašem případě vypadá? *Najednou to na mě padne, říkám si, proč tady jsem, jsem k ničemu.*)
- Popis vnějších projevů emoce (např. Jak to vypadá, když máte dobrou náladu, mohla byste mi to popsat? *Směji se.*)
- Popis chování (např. Máte pocit, že Váš život je prázdný? *Ano*. Jak ten pocit vypadá, mohl byste mi ho popsat? *Ráno vstanu, jdu nakoupit, někdy koukám do albumu s mincema, sedím v křesle a čumím do pitoma.*)

- Popis situací, které jsou s emocí spojovány (např. Cítíte se většinou šťastná? *Ano. Jak byste popsala tenhle pocit? Když se všichni setkáme, základ je rodina.*)

Mnohdy bylo však proto těžké odlišit, zda je odpověď skutečně relevantní:

- Jak se projevuje, že nemáte dobrou náladu? *Nemám o nic zájem, jdu si nejradši lehnout, nejradši jsem sám, když se mě nikdo na nic neptá.*
- Cítíte se v současnosti bezcenný? *Ano. Mohl byste tento pocit popsat? Jdu si lehnout, jsem sám.*
- Jak se projevuje, že nejste šťastný? *Jdu si lehnout.*

V prvním případě jde o hezký popis toho, když pan M. nemá dobrou náladu. Ve druhém případě už se začíná ztrácet souvislost se strategií chování, přesto však strategie „jdu si lehnout“ může následovat pocit „jsem sám“, případně se ve chvíli, kdy jsem sám a ležím, může objevovat pocit bezcennosti. Ve třetím případě už se však zcela vytrácí souvislost a proto nelze rozlišit, zda je odpověď relevantní a nelze ji uznat.

Po zakódování relevance odpovědí byla provedena korelace s MMSE. MMSE nám teoreticky říká informaci o kognitivních schopnostech seniora (představme si čím vyšší MMSE, tím lepší kognice, ačkoli to vždy takto nefunguje). Kognitivní funkce by měly mít vztah k porozumění jednotlivým otázkám v GDS a schopnostem relevantního odpovídání na ně, což pro nás zastupuje schopnost sebereflexe (čím lepší porozumění a schopnost odpovídat na otázky, tím lepší kognice). Pokud tomu tak je, měla by být nějaká hranice, kdy se podle MMSE můžeme rozhodnout, že GDS by již nemělo cenu administrovat a měla by se deprese posoudit na základě jiné metody. Ukázalo se, že schopnost relevantně odpovídat na položené otázky týkající se položek v GDS a výsledky v testu MMSE spolu skutečně pozitivně korelují, $r=0,58$, $p<0,001$ pro $n=39$, v případě vyřazení jedné z participantek, s níž nebylo možné rozhovor řádně zrealizovat z důvodu hloubky kognitivního deficitu a hrubého narušení fatických funkcí. To se zdálo jako etické řešení, neboť v evaluaci by ji muselo být přiděleno 0 bodů, což by sice zvýšilo korelaci ($r=0,77$, $p<0,001$ pro $n=40$), ale nebylo věrné realitě.

Většina seniorů dokázala odpovědět alespoň částečně relevantní odpovědi na 10 otázek, což odpovídá 66,7%. 11 otázek pak odpovídá 73, 3%. Domnívám se, že hranice by se měla nacházet zde, tedy okolo 70%. Takto skórovalo ve vzorku 8 seniorů, s MMSE skóre 14, 17, 20, 23, 23, 23, 23, 27. U posledního z těchto seniorů pak bylo nízké skóre

spíše odrazem celkové nedostatečné motivace zamýšlet se nad otázkami a v spolupracovat v rozhovoru a mírné depresivity.

Podíváme-li se naopak na odpovědi seniorů s nižším MMSE (vezměme hranici 24 jako hranici demence), skóry této skupiny nekorelují s jednotlivými procentuálními vyjádřeními indexu porozumění a schopnosti relevantně odpovědět ($r = 0,13$). Z tohoto důvodu se nelze dopátrat takové hranice, a to zejména kvůli nedostatku seniorů v souboru, kteří by měli skóre v MMSE pod 20 ($n=5$).

MMSE	Index porozumění- procentuální vyjádření
24	80,0
24	80,0
24	80,0
24	93,3
23	73,3
23	66,7
23	66,7
23	73,3
23	93,3
23	93,3
22	80,0
21	86,7
21	80,0
20	66,7
20	86,7
19	80,0
17	73,3
16	86,7
14	73,3
5	0,0

Tabulka 7- Index porozumění u seniorů s MMSE 24 a méně

Dále byli senioři rozděleny podle dvou diagnostických skupin- skupina mírné kognitivní poruchy a skupina demence u Alzheimerovy nemoci. V této fázi byly vyřazeni senioři, kteří zatím neměli rozhodnutou diferenciální diagnostiku s nemocí s Lewyho tělísky a senior, který má podezření na jiné onemocnění z psychiatrického spektra. Jak lze vidět v tabulce, skupiny se mezi sebou lišily. Zároveň se potvrdil předpoklad, že lidé s mírnou

kognitivní poruchou zvládali rozhovor bez větších obtíží, na rozdíl od skupiny seniorů s pokročilejším kognitivním deficitem v rámci diagnózy Alzheimerovy nemoci. V tabulce nalezneme charakteristiky středu a rozptýlenosti procentuálního vyjádření porozumění otázkám vyvozovaného z přiléhavosti odpovědí. Statistická významnost měřená T- testem vyšla $p < 0,05$, tudíž je rozdíl mezi oběma skupinami signifikantní.

Deskriptivní statistika	MCI	AD
aritmetický průměr	92,82	82,86
modus	93,33	86,67
medián	93,33	86,67
směrodatná odchylka	6,92	10,66
rozptyl	47,86	113,65
maximum	100	100
minimum	80	66,67
rozpětí	20	33,33

Tabulka 8- Popisné charakteristiky procentuálního vyjádření porozumění- porovnání seniorů skupiny MCI u AN a demence u AN

To se také ukázalo při vyplňování dotazníku. Někteří senioři měli problém s vyplněním dotazníku, a to ve dvou rovinách:

- Potíže s posouzením a rozhodováním- těžkosti rozhodnout se pro jednu z možností (možná souvislost s deteriorací frontálního laloku)
- Potíže technického rázu- s přeskakováním řádků, popřípadě zaškrtnutím odpovědi v jiném řádku, než ke kterému náleží (tyto těžkosti by bylo možné pokusit se zmírňovat přehlednějším zpracováním dotazníku a většími mezerami mezi jednotlivými položkami).

Osobně se domnívám, že reflexe založená na pocitech v posledním týdnu může být pro seniory s těžším paměťovým deficitem také nelehkým úkolem, a to z prostého důvodu, že si své prožitky ani nemusí pamatovat a nemusí s nimi být tudíž v kontaktu. Potíže s pamětí se ukázaly i v rozhovoru, neboť senioři mnohdy referovali, že zapomněli, na jakou otázku vlastně odpovídali, popřípadě to bylo patrné a otázka jim byla zopakována.

Na základě zjištěných poznatků se lze dále domnívat, že hranice použitelnosti dotazníku by se mohla pohybovat okolo MMSE pod 20, v pásmu středně těžké demence, dle některých dělení. To by však bylo třeba ověřit na větším vzorku seniorů v tomto pásmu, v našem vzorku se takoví senioři vyskytovali pouze čtyři. Jedna seniorka pak měla skóre v MMSE pod 10 (MMSE 5) a ta vyplňovala dotazník s velkými potížemi společně s pomocí, přičemž nebylo možné rozhovor plně zrealizovat a tudíž usuzovat na porozumění a schopnost reflexe jednotlivých položek.

8.4 Nejvýznamnější témata ve vztahu k náladě seniorů

Spokojenost vs. nespokojenost

Drtivá většina seniorů (38 ze 40) uvedla, že je se svým životem v zásadě spokojena. Hlavními tématy, které se vyskytovaly v souvislosti s hodnocením konkrétních aspektů, ke kterým se spokojenost váže, byly na základě analýzy následující:

Ústředními jevy systému byly vyhodnoceny nezávislost a rodinné vztahy. Jedná se tedy o jakousi ambivalenci „někam patřit“ a zároveň „být samostatný“, podobně jako se s tím setkáváme i v jiných etapách vývoje, a to zejména v období pubescence/adolescence. Vztahy mohou být vystiženy smyslem života- „*mám pro koho žít*“, ale jak vyplynulo z dalších otázek v rozhovoru, důležitá je v nich také reciprocita- „*navzájem si pomáháme*“, „*sejdeme se a hezky si popovídáme*“. Dobré rodinné vztahy zároveň posilují nezávislost, jsou jedním z důležitých zdrojů vlastního sebehodnocení ve vztahu k nezávislosti. Subkategoriemi nezávislosti jsou pohyb a zdraví („*že se hejbu a že jsem živá*“); starání se o sebe a o svůj majetek („*zvládám se o sebe a byt postarat*“); a samostatné rozhodování o činnostech, zálibách a koníčcích („*mohu si dělat, co chci*“). Překvapujícím zjištěním bylo, že téma zdraví bylo zmíněno (ať už ve formě „zdraví“, „fyzického stavu“ či „možnosti pohybu“) pouze u devíti seniorů. Latentně však je skryto i v dalších odpovědích, které se týkají dalších dvou subkategorií. Je tedy intervenující proměnnou systému.

Důležitou dimenzí posuzování spokojenosti se životem bylo časové zařazení referovaných aspektů života, tedy zda jsou zakotveny v minulosti, přítomnosti, popřípadě budoucnosti. V minulosti byly zakotveny profesní i osobní úspěchy a velmi důležitým aspektem současného života jsou vzpomínky. Minulost i přítomnost jsou tedy pevně svázány. To může být znakem jistého nadhledu nad životem a změny perspektivy, o nichž

se v souvislosti se stářím hovoří. Aspekty současného života byly hezky vystiženy větou „*spokojenost je v drobných střípcích dennodenního života*“.

O celkové nespokojenosti se životem pak referovali pouze 2 senioři: témata, které je trápí, byly finance a zdraví.

Cítit se šťastný

34 seniorů ze 40 se většinou cítí šťastnými. Pětina z nich pak popisuje pocit štěstí spíše jako spokojenosti. Pociť štěstí vystihla věta „*Mám manžela, vnoučata, zahrádku, známé, zdraví jakš takš slouží, jsem spokojena.*“

Pocit štěstí byl takřka výhradně zakotven v přítomnosti. Byl popsán slovy spokojenost, klid, pohoda, veselí, uspokojení, cítit se dobře, radost, euforie, povznesenost. Hlavním tématem byla rodina a to buď ve smyslu „*šťastný jsem, když se všichni setkáme, základ je rodina*“, ale spíše pak v obecně popisných pojmech „mám“ („*mám rodinu*“). Pozitivní kontakt v rodině, ale i to, že se daří příslušníkům rodiny, jsou relevantními tématy. Pouhá existence bližních je dostatečným důvodem být šťastný.

Zdraví a fyzický stav se objevily pouze v pěti případech a po hlubší analýze bylo vyhodnoceno, že tato oblast nebyla považována za určující téma ve věci, zda se člověk cítí šťastný.

Zdrojem pocitu štěstí či radosti byly dále situace, když se něco daří (což můžeme vztáhnout k osobní kompetenci), a když něco vyjde, například něco plánovaného či očekávaného. Pocit, že se daří, společně se spokojeností, popisoval i dobrou náladu seniorů.

V odpovědích probleskla také důležitost řádu v životě a zmiňován je určitý soulad. To je zajímavé téma. Zdá se, že soulad, nebo harmonie jsou znamením jakéhosi vnitřního klidu, který je vnímán seniory velmi pozitivně. I v dalších analýzách byly nalezeny podobné výpovědi vystihující tuto specifickou kvalitu: „*uspokojuje mě pocit při výtvarném díle, mám z toho radost, že je něco v souladu*“, „*jsem povznesený*“.

Prázdný život

Prožívání života jako prázdného úzce souviselo s bazální spokojeností/ nespokojeností s vlastním životem. Na základě dotazníku GDS referovalo 5 seniorů o tom, že jim život připadá prázdný. Jedna paní z této pětice poté v rozhovoru vypověděla: „*Mám hodně děti a vnoučata, tak není prázdný, mám štěstí*“. Ostatní senioři pak referovali o osamělosti, závislosti či samotném prožívání prázdnoty-„*sedím v křesle a čumím do pitoma*“.

Zdroje, které život naplňují, rovněž můžeme zahrnovat do původního systému, který se váže k životní spokojenosti. Vykonávání povinností a věnování se koníčkům naplňuje život seniorů podobnou mírou, jako rodina. Již pouhá existence členů rodiny je důležitá. Z povinností se jedná zejména o starání se o domácnost, zahradu, zvířata. Ty souvisí také s pocitem zodpovědnosti. Koníčky byly velmi různorodé, pohybové i intelektuální, společenské i individuální. Opět se jako důležitá vlastnost objevilo časové zařazení, jehož dimenzemi byla minulost – přítomnost, podobně jako u posuzování spokojenosti se životem (všimněme si zároveň, že v obou otázkách je obsaženo slovo život, na rozdíl od dalších otázek, kde toto slovo chybí).

Blíže bude tento systém představen v podobě závěrečné teorie, která systematizuje poznatky získané analýzou rozhovorů se seniory.

Dobrá nálada

Většinou v dobré náladě byly $\frac{3}{4}$ participantů (n=31). Dobrou náladu doprovází pocit spokojenosti a pocit, že se všechno daří. Kauzálními podmínkami, které dobrou náladu přináší, jsou rodina a zájmy. Celkově náladu však můžou ovlivnit i další intervenující podmínky, například aktuální zdravotní stav, ale také počasí. Projevy dobré nálady jsou smích, legrace a vyhledávání sociálního kontaktu. Tyto projevy zároveň podporují vznik kauzálních podmínek, a tak vzniká jakýsi koloběh dobré nálady.

Dobrá nálada byla mnohdy vymezována na základě kontrastu: *Jak to vypadá, když máte dobrou náladu?* “- „*Nejsem vzteklá*“, „*nejsem naštvaný*“.

Jak se projevuje, „*že nemám dobrou náladu*“, senioři popsali na bázi apatie („*nemám o nic zájem*“, „*koukám do blba*“) a podrážděnosti („*každou chvíli se chytíme*“).

Tyto příklady hezky doplňují, že když není zájem o koníčky a sociální kontakt není příjemný, pak tyto oblasti nefungují jako zdroj dobré nálady.

Strach

12 seniorů uvedlo, že se bojí, že se jim přihodí něco zlého, 28 seniorů pak nemá strach. Předmět takového strachu se vztahoval buď k sobě samému anebo k druhým osobám. V prvním případě se mohlo jednat o strach z pádu (n=3), strach o své zdraví (n=3) až po strach ze smrti (pouze v jednom případě), jednoho ze seniorů také trápily situace, u nichž nemůže nalézt řešení. Ve vztahu k druhým lze strach chápat ve smyslu strachu o to, že se někomu druhému něco stane (strach o rodinu, n=2), ale podkategorií je také strach z přepadení či vloupání někým (n=3).

Co seniorům pomáhá, aby necítili strach? Nejdůležitějšími kontextuálními proměnnými se ukázaly být rodina, která pomůže, pokud bude třeba, a fyzická kondice, kam spadá otázka zdraví („*mám svaly*“). Zásadní intervenující proměnnou jsou zkušenosti, které ovlivňují hodnocení možných rizik, jejich pravděpodobnosti, důležitosti a rozsahu (*Bojím se chodit sama, já jsem jednou dostala přepadovku v baráku, od té doby se bojím*“, „*už jsem si namlátil na kole, spadl z meruňky a nic se nestalo, mám kliku*“, „*já jsem věčný, že vím, že se mi většinou nic stát nemůže, jediné snad srazit auto*“).

Základní využívané strategie pro zvládání strachu jsou na základě analýzy následující:

- Neriskovat („*Neriskuji, mám mobil*“, „*nevedu rizikovej život*“)
- Nepřipouštět si nebezpečí („*Já si to nepřipouštím*“, „*nijak se tím nekrmím*“)
- Smířit se s možným nebezpečím („*Jsem smířený, když něco přijde*“, „*tomu úplně zabránit nemůžete, snažit se vyhnout*“)
- Zlehčovat či snižovat význam rizika a možných následků („*Jsem už starý tak na tom nezáleží*“)
- Víra („*Víra v ochranu boží nebo přírodou, víra v dobro*“, víra ve vlastní schopnosti- „*jsem si vědom své fyzické kondice*“, víra v pomoc ostatních- „*pomůžou mi*“)

Pocit bezmoci

Podle výsledků v dotazníku GDS se celkem 7 seniorů se cítilo většinou bezmocnými, v případě 33 seniorů tomu tak nebylo. Tento pocit byl jedním z participantů výzkumu vystižen slovy „*najednou to na mě padne, říkám si, proč tady jsem, jsem k ničemu*“. Zdroji pocitů bezmoci byly identifikovány osamělost, strach a zdravotní stav. Je však pravděpodobné, že takových zdrojů může být mnohem více. Obecným mechanismem zrození pocitu bezmoci byla detekována neschopnost nalézt řešení určitého problému. V problematice zdravotního stavu se objevily dvě důležité dimenze- zdravotní stav vztažený k sobě samému či k bližnímu člověku. Takový pohled poukazuje i na problematiku bezmoci zažívané ze strany pečovateli.

Lidé, kteří se necítí bezmocní, referují o zdrojích, které jsme uvedli již v souvislosti se spokojeností. Externím zdrojem je rodina, která poskytuje pocit zázemí a bezpečí. Interním zdrojem je pak odhodlání překonat překážky a víra v sebe a vlastní schopnosti („*musím to porazit, při mé chorobě*“, „*rozhýbej se, ať něco uděláš a můžeš jít ven!*“, „*přesvědčení, že vše dokáži zvládnout*“). Konkrétními interními kvalitami jsou pak schopnost pohybu („*chodím*“), schopnost myšlení, schopnost vykonat činnosti (práce a koníčky), a také schopnost radovat se a cítit se dobře. První tři lze shrnout pod kategorii „sobeštačnost“, avšak schopnost radovat se by zůstala jako samostatná kvalita, která se váže jak ke zdrojům interním, tak externím.

Pocit bezcennosti vs. uvědomění si vlastní hodnoty

8 seniorů (1/5 participantů) v dotazníku GDS vypovědělo, že se cítí v současnosti bezcennými. Základní vypovězené důvody k těmto pocitům lze rozdělit do dvou skupin, podle přičítání interního či externího charakteru původu:

- 1) Nemohu pomoci druhým, popř. „*už nemůžu nic*“
- 2) Druzí lidé mě neuznávají, „*neberou, nechápou*“, „*nikdo mě nepotřebuje*“, „*nemám hodnotu pro syna*“

Zdroje, které posilují uvědomění si vlastní hodnoty, pak korespondovaly s našimi dosavadními poznatky, ale i převráceně se zdroji referovaného pocitu vlastní bezcennosti. Provozování činností a zájmů podporuje víru ve vlastní schopnosti. Hodnotu posilují i

samotný fakt, že žiji (v časovém zařazení na dimenzionální škále se jedná o současnost) a hodnoty, které udržuji (přesah z minulosti do přítomnosti), důležitá je však i moje postavení (současné), a minulé úspěchy, a to zejména v profesní a rodinné oblasti (minulost).

Na tomto základě lze klasifikovat a popsat čtyři typy zdrojů:

- 1) Vlastní zdroje internalizované- zdroje, které se s časem ustanovily a internalizovaly, např. postavení, hodnoty
- 2) Vlastní zdroje s externím kritériem- zdroje, které záleží na vlastní evaluaci na základě vnějších projevů
 - soběstačnost (*„sama se obsloužím, dojdu na nákup“*),
 - provozování zájmů a činností (*„Musím říct, že v tom, co jsem si vybral, jsem dost dobrý“*);
 - zdroje vyplývající z vlastní evaluace kontaktu s druhým (*„že člověk dokáže někomu pomoci“*)
- 3) Externí zdroje- vztahující se k evaluaci druhými lidmi (*„dá mi to najevo rodina“*)
- 4) Další podmínky- prášky, počasí a jiné externí podmínky.

Pocit beznaděje vs. naděje

6 seniorům připadala jejich situace beznadějná, u 34 seniorů tomu tak nebylo. Pocit beznaděje mohl vyplývat z přetrvávajících vnitřních charakteristik týkajících se zdravotního stavu a věku, až po konečnost existence lidského života (*„nemám žádného potomka, chcípnu a už nebudu existovat“*), ale také z konkrétních kroků ze strany společnosti, které byly negativně vnímány (*„byl mi sebrán řidičák“*, *„rád bych šel dělat, ale vždyť mě nikde nevezmou“*).

Důležitým interním zdrojem naděje je sebehodnocení (*„Cítím se mladší, než jsem“*, *„moje vnitřní mládí, to mi zůstalo“*). To může vycházet z minulých zkušeností (*„hodně jsem vydržel“*) a současných schopností a dovedností (*„chodím“*, *„že se obsloužím“*). Důležitou intervenující podmínkou je v případě současných schopností a dovedností aktuální zdravotní stav.

Zásadním externím zdrojem je pak rodina a blízcí lidé. Fakt, že rodina seniora navštěvuje, a kdyby se něco stalo, pomůže mu. S tím souvisí i jakási kontinuita rodu („*slušný život mých potomků*“). V měřítku širšího společenského kontextu pak může být zdrojem víra v dobro, dobří lidé a politické změny.

Naděje vkládané do budoucnosti se týkají života i smrti (jejich průběhu, okolností).

Potenciál změny

Jaký vidí senioři potenciál změny? V mnoha případech bylo patrné smíření s aktuálním stavem věcí, tedy strategie akceptace („*to je stárím, člověk už nemá tolik energie, ale nesmí se tomu poddávat*“). Častokrát však zazněla jistá skepse vůči změnám - „*v tolika letech už se nedá nic dělat*“, „*to už těžko*“. I přesto senioři vytvořili širokou paletu možných zlepšení, které by si ve svém životě přáli. Jak bylo již v úvodu této práce uvedeno, je důležité si uvědomit, že ačkoli některé faktory úspěšného stárnutí nemůžeme nebo zatím neumíme ovlivnit, mnoho faktorů lze pozitivně ovlivňovat (Čevela, Kalvach, & Čeledová, 2012). Otázek týkajících se pozitivní změny bylo v rozhovorech položeno několik:

- Co by se muselo změnit, abyste byl(a) spokojen(a)?
- Co by se muselo změnit, abyste neměl(a) pocit, že je Váš život prázdný?
- Co by se muselo změnit, abyste se nenudil(a)?
- Co by se muselo změnit, abyste měl(a) lepší náladu?
- Co by se muselo změnit, abyste neměl(a) tenhle strach?
- Co by se muselo změnit, abyste byl(a) šťastný(á)?
- Co by se muselo změnit, abyste se takhle necítil(a)? (pozn. v případě pocitu bezmoci a bezcennosti)
- Co by se muselo změnit, abyste měl(a) více energie?
- Co by se muselo změnit, aby Vám Vaše situace nepřipadala beznadějná?
- Co by se muselo změnit, aby se Vám vedlo lépe?

Senioři popisují žádoucí změny na několika úrovních- úrovni celospolečenské, úrovni sociálních vztahů a úrovni individuální. Na celospolečenské úrovni by mělo dojít ke zlepšení systému, obměně politiků, většímu finančnímu zabezpečení seniorů („*mohl bych chodit do divadla a kina*“) a změnám ve výběru mediálních obsahů do rádia a televize. Tyto změny by veskrze podporovaly možnost provozovat více koníčků a zájmů.

Na úrovni sociálních vztahů byla opakovaně jmenována společnost, „*více lidí, kteří spolu dokáží komunikovat*“, „*někdo částečně shodných zájmů časově dostupný*“. Takové změny by pomohly k redukci pocitů osamělosti, které se u seniorů někdy objevují („*někdy to na člověka padne, že je sám*“, „*je mi líto, že už ke mně kamarádka nechodí*“). Dalším tématem sociálních vztahů jsou rodinné vztahy, se kterými byli však senioři většinou spokojeni („*doma jsem spokojený a oni se mnou také*“, „*děti mám hodný*“).

Na úrovni individuální se pak jedná zejména o zlepšení zdravotního stavu („*nesměla bych mít bolesti, musím se vyléčit*“, „*zlepšit mé reakce, abych prošel a dostal řidičák*“, „*to by se hlava musela rozfungovat*“). To pro konkrétní aplikaci znamená poskytnutí co nejvhodnější léčby („*snažím se, jsem u lékařů, ale nikdo mi nepomohl s nestabilitou*“). Některé individuální cíle či přání se pak přenáší na blízké osoby („*aby se z toho manželka dostala aspoň trochu*“, „*aby rodina neměla problémy, aby potomci neměli starosti, jen radost*“).

Návrh teorie autonomie seniorů v kontextu neurokognitivního onemocnění

Ústředním jevem, který vystoupil do popředí při analýze rozhovorů se čtyřiceti seniory s různým stupněm kognitivního deficitu, byl koncept, který byl nazván autonomie. Jedná se o téma, které se úzce váže na životní spokojenost této populace seniorů.

Autonomie je charakterizována dvěma velkými subkategoriemi, podle jejich projevů, a to:

- Schopnost vykonávání samoobslužných a jiných činností (prací)
- Nezávislost v rozhodování o činnostech, zejména pak zájmových

Autonomie je pro seniory potvrzením vlastních kompetencí a je velmi relevantním podkladem pro sebehodnocení.

Sociální vztahy jsou velmi podstatnou oblastí, která ovlivňuje celkovou životní spokojenost. V popisování pocitu „*být šťastný*“ byly sociální vztahy rovněž nejdůležitější determinantou. Sociální vztahy mohou posilovat autonomii a být její oporou, záleží na jejich kvalitativním charakteru. Senioři zvažovali jako velmi důležitý aspekt rodinných vztahů poskytnutí zázemí a jistoty, že kdyby to bylo potřeba, blízcí pomohou. Samotná existence potomků se jeví jako velmi důležitá, a to ve smyslu „pokračování vlastní

existence“ a zejména pak jako zdroje vlastní radosti. Dalším výrazným aspektem je reciprocita vztahů.

Zdraví či zdravotní (a to i fyzický a duševní stav) je důležitou podmínkou autonomie. Ve vnímání seniorů dochází někdy k přímému spojování zdraví a autonomie a jeho vnímání jako kauzální podmínky. Zároveň je však v pojetí seniorů zdraví součástí pojmu autonomie, někdy až dojde k jejich splývání. V tomto smyslu se jedná o fyzickou autonomii, především fyzickou soběstačnost. Nicméně zdraví není jedinou ani nezbytnou podmínkou autonomie.

Důležitý je kontext, zda jedinec žije sám, s rodinou nebo v domově, nežádoucí události jako je úmrtí partnera či jeho onemocnění. Takové události jsou velmi rizikovými pro nástup deprese a senioři po takových událostech referují více negativních pocitů, zejména osamocení, smutek, ztrátu smyslu života apod. Finanční situace je také relevantní proměnnou. Dobrá finanční situace může podporovat autonomii ve smyslu finanční nezávislosti, tíživá situace autonomii naopak omezuje, a to jak ve vztahu k druhým (ve smyslu žádání o pomoc), ale také ve smyslu provozování zájmových činností. Další proměnnou je pak počasí. U tohoto tématu bylo zvažováno, nakolik je skutečně podstatným a nakolik by mohlo plnit funkci konverzačního tématu, tedy jakési výplně odpovědi na otázku, na kterou senior odpověď nezná, nebo ji zapomněl. Zdá se však, že počasí je skutečně relevantní ve zvažování kontextu, a to jednak proto, že senioři bývají vůči počasí citliví, zejména v kombinaci s některými onemocněními (např. nemoc s Lewyho tělísky), a dále proto, že má přímý vliv na možnost vykonávání zájmových a pohybových činností (*„aby bylo pořád hezky a mohla bych pracovat na zahrádce“, „pokud jsme na chalupě, mám dost energie“*).

Senioři referují strach ze ztráty soběstačnosti. Pocit závislosti, který byl používán v kontrastu k pocitu autonomie, se na základě analýzy rozhovorů jeví jako jeden z podstatných zdrojů negativních emocí detekovaných seniory s kognitivním deficitem. Vrátime-li se k teoretické části, v níž jsme pojednávali o postupu Alzheimerovy nemoci, s postupujícím onemocněním se senior stává čím dál více závislý na pečovateli. Zároveň však dochází k narušení gnostických funkcí, čímž se dostáváme k pojmu „anozognozie“, který popisuje neschopnost uvědomovat si vlastní onemocnění, ztrátu náhledu na vlastní onemocnění. Ve světle kvalitativní analýzy rozhovorů se seniory, kteří byli častěji v časnějších fázích onemocnění, se anozognozie jeví jako jistý typ „obraný“ před

negativními emocemi, jakými jsou například pocity nespokojenosti s vlastním životem, pocity beznaděje etc.

Podívejme se nyní na ilustraci tohoto jevu na základě následujících kazuistik.

Kasuistika č. 1: „*Když Vás něco baví, tak můžete být plně člověkem*“.

Panu L. je 82 let. Má vysokoškolské vzdělání a bydlí v Praze. Má MMSE 26 a GDS 1. Byla mu diagnostikována Alzheimerova nemoc a v současné době je léčen kognitivu. Nikdy netrpěl depresí ani neužíval antidepressiva. Při vyplňování dotazníku nemá problém a při rozhovoru odpovídá bez obtíží, odpovědi jsou přiléhavé k otázkám a také vzájemně koherentní. Působí vesele, hovorně, je příjemný v kontaktu. V rozhovoru vypráví o své největší vášni, hraní na hudební nástroj. Jeho mottem je: „*když Vás něco baví, tak můžete být plně člověkem*“. Referuje, že po večerech hraje s kapelou, kterou vede. To ho velmi uspokojuje. Subjektivně nemá potíže s pamětí. V hraní se mu daří, což mu pomáhá uvědomit si vlastní hodnotu.

Podle odpovědí syna by pan L. získal v GDS 3 body. Syn svého otce charakterizuje jako celkově netečného. Referuje, že pan L. dříve hrál na hudební nástroj, nyní však u ničeho nevydrží, ačkoli by chtěl „*dělat vše*“. V současnosti tedy nemá žádné zájmy, a podle únavy se mění jeho nálada, někdy je apatický. Neuvědomuje si, že zapomíná a nepřipouští si svoji situaci. „*Má svůj svět*“, ke kterému patří anozognózie a bludy. V klubu hrál podle syna před třiceti lety.

Kazuistika č. 2: „*Já si vždycky myslím, že si zapamatuju všechno*“

Paní M. je 70 let. Má MMSE 21 bodů a GDS 2 body. Byla jí diagnostikována Alzheimerova nemoc. V minulosti netrpěla depresemi ani nebrala antidepressiva. V současnosti je medikována kognitivu.

Paní M. referuje o zahrádce, práce na zahrádce ji baví a naplňuje. Kromě zahrádky ji baví i mnoho dalších věcí, jak říká, „*všechno, člověk plete, uklízí*“. O své paměti paní M. referuje: „*Já si vždycky myslím, že si zapamatuju všechno.*“

Syn paní M., který bydlí společně s ní a jejím manželem referuje o tom, že paní M. nic nebaví. „*V domácnosti se nemusí o nic starat, vše za ní dělám já,*“ popisuje jako odpověď na otázku, s čím je paní M. v životě spokojena. Referuje, že ji baví již jen televize, o zahrádku již přes rok nepečuje.

Obě kazuistiky mají společné znaky: v celém rozhovoru se opakují stejné konfabulace, které jsou navzájem koherentní. Jedná se o vnitřní svět, který má formálně velmi logický systém. V obou popsáných případech senioři hovoří o tom, co je naplňovalo a ačkoli už to nedělají, je to zásadní součástí jejich současného života. Oba senioři působí spokojeně, referují, že mají obvykle dobrou náladu a mají pocit, že jejich život je naplněný.

Podobná zjištění by mohla vést k lepšímu porozumění a akceptaci prožívání seniorů s těžším kognitivním deficitem. To je žádoucí jak v kontaktu s blízkými lidmi, tak ze strany zdravotnického personálu apod. Podobně, jako je to vyobrazeno v závěrečné scéně filmu „Co kdybychom žili společně“ režiséra Stéphana Robelina. Albert, jeden z hrdinů, který trpí Alzheimerovou nemocí, hledá svoji ženu, která před krátkou dobou zemřela. Díky přiblížení se jeho vnitřnímu světu se s ním vydává skupina přátel ji hledat, i přesto, že všichni vědí, že Jeanne již nežije. Z plných hrdel volají její jméno společně s Albertem.

8.5 Výzkumné otázky

Na základě výstupů z jednotlivých částí výzkumu se nyní pokusíme výsledky stručně shrnout ve formě odpovědí na výzkumné otázky:

1) Jaké skóry mají senioři z výzkumného souboru ve screeningovém testu kognitivních funkcí Mini Mental State Examination?

Většina seniorů ve výzkumném souboru (88%) měla MMSE mezi 20 a 30. To odpovídá zastoupení zejména dvou skupin seniorů: jedinců s mírnou kognitivní poruchou a jedinců s mírnou demencí. Seniorů s těžším kognitivním deficitem (počítejme MMSE pod 20) bylo pouze 5 (1/8 vzorku). Ve skórech MMSE byl nalezen signifikantní rozdíl mezi muži a ženami, a sice muži skórovali výše než ženy.

2) Jaké skóry mají senioři z výzkumného souboru v dotazníku Geriatric Depression Scale?

Většina seniorů (n= 34) skórovala v dotazníku GDS v rozmezí 1- 5 bodů, což značí nízký výskyt depresivních symptomů u této skupiny seniorů. 5 bodů (n=9) pak podle některých dělení může naznačovat mírné známky depresivity. Pokud budeme vycházet z vyhodnocení dle norem české standardizace (Tošnerová & Bahbouh, 1999), u pěti seniorů byla detekována neléčená deprese, konkrétně u 4 mužů a 1 ženy. Byl nalezen signifikantní rozdíl ve skórech v GDS mezi muži a ženami, a sice muži skórovali překvapivě výše než ženy. To může souviset s nevyvážeností obou pohlaví v otázce hloubky kognitivního deficitu. Mezi skóry GDS a MMSE nebyl nalezen signifikantní vztah.

3) Do jaké míry jsou senioři s kognitivním deficitem schopni přiléhavě odpovídat na otevřené otázky, které se doptávají na jevy obsažené v položkách dotazníku GDS?

Senioři s mírným kognitivním deficitem (skupina MCI) si v této studii v rozhovorech vedli dobře, dokázali v průměru přiléhavě odpovědět na 93% otázek. Senioři, kteří trpí demencí, měli průměrný procentuální index 83%, přičemž rozpětí odpovědí bylo větší. Také se vyskytly potíže se samotným vyplňováním dotazníku, a to konkrétně 1) v rozhodování při výběru položky a 2) potíže technického rázu, zejména s přeskakováním či zaměňováním řádků. Je nutné podotknout, že v našem výzkumném souboru měla většina ze seniorů s demencí podle skóre v MMSE mírný stupeň tohoto postižení.

4) Při jakých hodnotách skóru v MMSE již není vhodné měřit depresi seniora pomocí metody GDS?

Tato hodnota nemohla být nalezena, neboť vzorek dobře nepokrýval přechod ke středně těžkému kognitivnímu deficitu, přičemž hledaná hodnota by se v takovém rozmezí na základě zjištění z tohoto výzkumu měla pohybovat.

5) K jakým konkrétním tématům se váží pozitivní a negativní pocity zjišťované dotazníkem GDS u seniorů s kognitivním deficitem?

Toto téma je shrnuto rovněž pod názvem *Návrh teorie autonomie seniorů v kontextu neurokognitivního onemocnění*. V popředí se ukázalo téma vlastní autonomie.

Osobní autonomie je seniory hodnocena na základě 1) projevů fyzického zdraví a pohybu, 2) soběstačnosti v běžných činnostech, a 3) samostatného rozhodování o aktivitách, zálibách a koníčcích. Rodinné vztahy poskytující oporu a bezpečí posilují nezávislost, jsou jedním z důležitých zdrojů vlastního sebehodnocení ve vztahu k nezávislosti. Samotná existence signifikantních druhých výrazně zvyšuje pocit štěstí a spokojenosti se životem. Zdroji, které posilují pocit, že život není prázdný, byly zejména aktivní vykonávání činností a udržování sociálních kontaktů. Podobně možnost provozovat příjemné aktivity a mít kontakt zejména s rodinou se vázaly na dobrou náladu. Absence dobré nálady byla vyjádřena apatií a podrážděností. Ve vztahu ke strachu bylo identifikováno několik strategií: 1) Neriskovat 2) Nepřipouštět si nebezpečí 3) Přijetí možného nebezpečí 4) Snižování významu rizika a možných následků 5) Víra. Proměnnými, které byly detekovány ve vztahu k absenci prožitku pocitů bezmoci byl kontext bezpečí (opět zejména ze strany rodiny), interním zdrojem je pak odhodlání překonat překážky a víra v sebe a vlastní schopnosti. Konkrétními hodnocenými interními kvalitami jsou pak schopnost pohybu, myšlení, vykonat činnosti, a také schopnost radovat se a cítit se dobře. Uvědomit si vlastní hodnotu pomáhají 1) zdroje, které se s časem ustanovily a internalizovaly (např. status) 2) zdroje, které záleží na vlastní evaluaci na základě vnějších projevů (např. schopnost nakoupit) 3) zdroje vztahující se k evaluaci druhými lidmi (např. signály ze strany rodiny) 4) další podmínky (např. prášky). Sebehodnocení je hlavní determinantou pocitů beznaděje.

6) Jaké konkrétní pozitivní změny lze navrhnout na základě výpovědí seniorů za účelem posilování pozitivních emocí a naopak eliminaci těch negativních?

Senioři referovali o změnách na úrovni individuální, úrovni sociálních vztahů a úrovni globální (celospolečenské). Ústředními jevy, na které by bylo na základě analýzy rozhovorů vhodné se zaměřit, je 1) podporování autonomie seniorů a 2) poskytování pocitu bezpečí seniorům.

Podporování autonomie seniorů na individuální úrovni může probíhat v jednotlivých dílčích aspektech, na globální úrovni pak může mít implicitnější a obecnější formu. Pociť bezpečí by měl být vystaven zejména na preventivním rázu- tedy jako jistoty, která seniorům „kryje záda“ pokud se něco bude dít.

Na globální úrovni by se vytyčené cíle konkrétně mohly realizovat za pomoci médií a při vzdělávání zdravotnického personálu a personálu sociálních služeb, na úrovni sociálních vztahů pak v práci s rodinou nemocného seniora.

Specifickým přáním některých seniorů pak byla společnost, někdo, s kým by mohli sdílet čas a povídat si. Za přemýšlení by tedy stál například projekt na seznamování seniorů s podobnými zájmy. Dále byla také seniory zmiňována nemožnost provozovat své zájmy z finančních důvodů. Proto by mohlo vzniknout více projektů na finanční podporu zájmových aktivit seniorů- například jako tomu bylo u filmu Šmejdi, na který senioři mohli jít zdarma do kina.

8.6 Hodnocení cílů

Bylo stanoveno několik hlavních cílů výzkumu a nyní se pokusme zhodnotit jejich naplnění. Byly popsány charakteristiky výzkumného souboru, které se týkají obou použitých testových metod, přičemž byl brán zřetel také na porovnání mezi muži a ženami s použitím T-testů. Na základě tohoto výzkumu se zdá, že metoda GDS je použitelná u populace seniorů, kteří trpí mírnou kognitivní poruchou a dále mírnou demencí. Nepodařilo se však bohužel najít a kvantifikovat hranici kognitivního deficitu, od níž by bylo vhodnější použít jinou metodu, která nespočívá v sebereflexi. Podle tohoto výzkumu by se však takové rozhraní mělo nalézat v mezích středně těžké demence, popřípadě přechodu do této fáze. U těžké demence se nejvíce jako vhodné dotazník používat. Podařilo se nalézt témata, ke kterým se váží různé kvality emočního prožívání seniorů a tato témata byla dávana do vzájemné souvislosti. Na základě těchto zjištění jsem se pokusila nastínit některé návrhy, které by mohly přispět k podpoře pozitivního emočního prožívání seniorů.

9 Diskuze

9.1 Zhodnocení výzkumného procesu

Ve výzkumu jsem se pokusila proniknout do světa seniorů s kognitivním deficitem, zjistit, co jim dělá radost, co je baví, čeho se bojí, co jim přináší negativní pocity bezmoci a bezcennosti apod. Byla to velmi zajímavá zkušenost setkat se a hovořit s těmito seniory, neboť obvykle na pracovišti nebývá dostatek času ani prostoru. Jednotlivé rozhovory trvaly v průměru dvacet minut, s vyplněním dotazníku, demografických údajů, informovaného souhlasu a zpětnou vazbou cca 30 a více minut. Samotnou empirickou zkušenost hodnotím velmi kladně, neboť jsem měla možnost načerpat mnoho inspirace a vyslechnout moudré myšlenky od participujících seniorů.

9.2 Komentáře k výsledkům výzkumu

Cílem výzkumu bylo přinést relevantní informace na poli deprese u demence. Jedním z aspektů bylo přinést hlubší sondu do problematiky diagnostiky deprese u seniorů s kognitivním deficitem, druhým aspektem pak prozkoumat jak tato skupina seniorů prožívá jednotlivé kvality nálady a k čemu se tyto prožitky konkrétně váží.

Ve vzorku se vyskytlo 5 seniorů, kteří měli neléčenou depresi, 9 seniorů, kteří v současné době byli léčeni antidepresivy, a 26 seniorů, kteří netrpěli depresí. Poměrově toto rozložení odpovídá prevalenci deprese u chronicky nemocných seniorů, jak popisují např. Lam a Mok (2009)- okolo 1/3 chronicky nemocných seniorů trpí depresivní symptomatikou. Podobná čísla jsou udávána na základě výzkumů i pro populaci seniorů s mírnou kognitivní poruchou, například Hidaka a kol. (2006) ve své rozsáhlé studii uvádí prevalenci deprese u seniorů s MCI 26, 3%, u pacientů s demencí pak například Lopez a kol. (2003) hovoří o střízlivějších číslech- 11,5% jedinců s mírným kognitivním deficitem, 10% jedinců se středním kognitivním deficitem a 4,5% jedinců s těžkým kognitivním deficitem trpělo depresí.

Pokud vezmeme hraniční skór pro mírnou depresivitu již od 5 bodů v GDS, jako tomu bylo například ve výzkumu Holmerové (2006), pak výskyt depresivity u seniorů s kognitivním deficitem v našem výzkumu dále narůstá do těchto rozměrů:

- Bez známek deprese (0-4 body): 19 seniorů (47%)
- Bez známek deprese s užíváním antidepresiv (0-4 body): 6 seniorů (15%)
- Dohromady s depresivní symptomatikou: 15 seniorů (38%)
 - Mírná depresivita (5-9 bodů): 12 seniorů (z toho 3 senioři léčení antidepresivy)
 - Těžká depresivita (10-15 bodů): 3 senioři

Výzkum Holmerové ukazuje na ještě vyšší míru depresivity seniorů žijících v domově důchodců, kdy 40% seniorů trpí mírnou depresí a 15% seniorů těžkou depresí, tj. dohromady 55% seniorů s depresivní symptomatikou. To odpovídá vyšší prevalenci deprese v institucích.

Co se týče porovnání pohlaví, v našem výzkumu skórovali muži v GDS signifikantně výše než ženy, což je překvapující vzhledem k běžně udávané dvojnásobné převaze depresivních žen (Steffens, 2008). U našeho výzkumného souboru by tento výsledek mohl souviset se signifikantním rozdílem v porovnání skóre MMSE, podle nějž můžeme usuzovat (přestože to tak vždy neplatí) na větší množství žen s hlubším kognitivním deficitem než tomu bylo u mužů. Mezi skóre GDS a MMSE však nebyl nalezen významný vztah.

Potíží je, že se mnohé symptomy deprese překrývají se symptomy demence, jak již bylo komentováno v teoretické části. Častá komorbidita deprese a demence velmi ztěžuje diagnostiku a je výzvou pro mnohé odborníky v klinické praxi. Co se týče použité metody GDS, má určitá úskalí pro použití u seniorů s hlubším kognitivním deficitem. Lidé s Alzheimerovou nemocí se potýkají s poruchami paměti, ústupem komunikačních schopností i náhledu na vlastní onemocnění. Instrukce zamýšlet se nad poměrně složitými otázkami v rámci posledního týdne může být poněkud nesnadným úkolem pro tyto seniory s přihlédnutím k jejich obtížím. I přesto však v tomto výzkumu senioři rozhovor relativně dobře zvládali, ačkoli bylo nutno dát jim dostatek trpělivosti a prostoru k vyjádření myšlenek a posuzovat odpovědi v kontextu jejich obtíží.

Z pozorování v rámci rozhovoru vyplynulo, že lidé s Alzheimerovou nemocí často zapomenou otázku, na kterou odpovídají. Přesto však dokáží mluvit souvisle, ač třeba o něčem trochu jiném, poněkud povrchně či obšrně. Mohli bychom říci, že to dobře „maskují“, i když se nemusí jednat o vědomý proces, a proto toto slovo není přesným označením.

Vágnerová (2007) uvádí, že životní zkušenost se v raném stáří projevuje lepším porozuměním vlastním emocím. „*Starší lidé dovedou přesněji diferencovat vlastní pocity, uvědomovat si jejich existenci a fakt, že se s nimi nakonec musí nějak vyrovnat.*“ (Vágnerová, 2007, s. 335). V tomto výzkumu však bylo patrné, že senioři měli často problém s popisem prožitků emocí, mnohdy volili vodítka externího charakteru či poněkud vágní formulace, kterými popisovali svůj interní svět. Může to však souviset s narušením fatických funkcí, které doprovází Alzheimerovu chorobu, nebo s pokročilejším věkem seniorů. Každopádně tento fenomén nebyl specifickým pouze pro seniory v pokročilejším stadiu AN.

Klinická zkušenost i literární prameny většinou ukazují, že lidé s mírnou kognitivní poruchou si stěžují na své problémy, a to zejména s pamětí, a uvědomují si je. Ve fázi demence pak často ztrácí náhled na svoje potíže, nepřipouštějí si je nebo si je neuvědomují. Ve výzkumném vzorku se v tomto směru skupiny příliš nelišily, což však může být způsobeno tím, že není dobře pokryta skupina seniorů s demencí v celé šíři, ale převažují senioři s mírnou demencí.

Z kvalitativní analýzy rozhovorů vzešly některé pro danou skupinu seniorů relevantní faktory, které ovlivňují prožívání pozitivních a negativních emocí. Dvěma zásadními a navzájem propojenými tématy byla sociální opora a vlastní autonomie. Z výzkumu Sýkorové (2004), která se zabývala autonomií seniorů, vyplynulo podobně jako v předložené studii, že autonomii seniorů lze nazírat jako autonomii uvnitř sociálních vztahů. Funkční sociální vztahy jsou oporou vlastní autonomie seniorů, která se utváří uvnitř i vně sociálních vztahů. Tyto myšlenky vyvrací některé zaryté představy, že by sociální vazby měly negativní vliv na autonomii jedince.

Klevetová a Dlabalová (2008) zdůrazňují ve své knize důležitost víry ve schopnosti seniorů. To se ukázalo i v tomto výzkumu. Víra ve schopnosti seniorů v rámci sociálních vztahů s nimi může pomoci upevňovat vnímání vlastní autonomie seniora, což dále ovlivňuje jeho sebehodnocení a sekundárně má také vliv na jeho životní spokojenost.

9.3 Limity výzkumu

Vzhledem k omezenému rozsahu této studie nebylo možné přesněji určit hranici kognitivního deficitu, pro který již není vhodné používat metodu měření deprese Geriatric

Depression Scale. Ukázalo se, že vzorek plynule nepokrýval přechod mezi jednotlivými fázemi kognitivního deficitu, bylo by tedy vhodné podobný výzkum provést i u většího vzorku seniorů s hlubším kognitivním deficitem, než tomu bylo v tomto výzkumu. Dá se také předpokládat, že se nebude jednat o ostře vymežitelnou hranici, nýbrž spíše o jakési rozmezí.

Ukázalo se také, že určité otázky v rozhovoru byly relativně obtížné, proto by bylo vhodné nahradit takové otázky jinou, jednodušší variantou a naopak zpřísnit kritéria pro hodnocení relevance odpovědí. To by minimalizovalo chybu ze strany hodnotitele odpovědí. Pro hodnocení odpovědí bylo v tomto výzkumu využito dichotomické kódování, tedy 0/1. Na základě zkušeností s tímto výzkumem se domnívám, že třístupňové hodnocení by mohlo sloužit pro citlivější zachycení kvality nabízených odpovědí.

V rozhovoru hrála roli motivace seniora odpovídat, a tak odpověď „*nevím*“ nemusela znamenat nepochopení, ale rovněž nemotivovanost zamyslet se nad tématem a odpovědět. To bylo v rámci zvoleného designu hodnocení odpovědí problematické. Pro podobný výzkum by bylo dále přínosné hodnotit odpovědi na základě několika dimenzí a případně i posuzovat odpovědi jedinců na základě více indexů (kromě porozumění například index komplexnosti odpovědi, aj.).

Pro výzkum založený na metodě zakotvené teorie by bylo vhodnější použít méně strukturovaný rozhovor, neboť v takovém případě by bylo možno s přibývajícemi rozhovory hlouběji prozkoumat témata, která se v rozhovorech vynořovala. To spatřuji jako jednu z nevýhod zvoleného designu.

9.4 Návrhy na další výzkum a aplikaci poznatků

Při výzkumu byly administrovány a nasbírány samostatně vytvořené dotazníky Deprese u seniorů očima pečovatele od 24 pečujících. Vzhledem k tomu, že tato část výzkumu nebyla zohledněna v diplomové práci, velmi ráda bych se jí v blízké budoucnosti zabývala. V návaznosti na diplomovou práci bych se osobně velmi ráda dále zaměřila konkrétně na náladu seniorů očima jejich blízkých a porovnání údajů udávaných seniory s neurokognitivním onemocněním a jejich nejbližšími. Ve zkratce byly využity pouze dva dotazníky Deprese u seniorů očima pečovatele pro kazuistiky v předložené práci. Považuji za velmi inspirující vycházet ze zkušenosti nejbližšího okolí seniorů. Na tomto základě by

se mohla vynořit témata, která nejsou společná oběma skupinám, a jejich prozkoumání by mohlo vést k vzájemnému lepšímu porozumění. Podobný výzkum by rovněž mohl přinést další poznatky k tématu schopnosti sebereflexe u seniorů s kognitivním deficitem, ale i dále rozvinout z pohledu druhé strany koncept autonomie, který byl identifikován jako ústřední jev analýzy rozhovorů.

V dalším výzkumu by bylo také možné využít zjištěná témata, která se váží k náladě vybrané skupiny seniorů, především ve vztahu ke konceptu autonomie, a porovnat jak se k tomuto fenoménu staví senioři zdraví versus senioři s neurokognitivním onemocněním. Domnívám se, že vědomí možného vývoje nemoci směrem k nesoběstačnosti může ovlivňovat některé kvalitativní aspekty vnímání vlastní autonomie.

Zajímavým fenoménem vyplývajícím z rozhovorů bylo, jak v praxi vypadá ztráta náhledu na vlastní onemocnění. Další popsané kazuistiky by mohly sloužit k nahlédnutí do vnitřního života seniorů s hlubším kognitivním deficitem a jejich lepšímu porozumění. V dalším výzkumu by bylo zajímavé v této sondě pokračovat a nacházet důležité souvislosti pro zkvalitnění práce se seniory.

Nalezení hraničního skóru pro smysluplnou použitelnost dotazníku GDS podle testu kognitivních funkcí (s preferencí používaného MMSE) by mohlo být vhodným vodítkem do praxe pracovišť s pacienty s neurokognitivním onemocněním. Další výzkum by se tedy mohl zaměřit na skupinu se středně těžkou demencí, která by mohla být kvantifikována přibližně mezi 10 a 20 body v MMSE. Na základě tohoto výzkumu by se dalo předpokládat, že hranice bude na přechodu mezi mírným a středně těžkým kognitivním deficitem. Zároveň je však nutné vyvíjet vhodné testy pro skupinu seniorů, pro níž není GDS již vhodný. Takový nástroj u nás v ČR bohužel chybí. Bylo by možné se zaměřit na metody jako je například Cornellova škála deprese, která má toto zaměření, avšak zatím není prakticky využívána, alespoň co se týče ambulantních pracovišť.

Závěr

„Spokojenost je v drobných střípcích dennodenního života.“ (Z rozhovoru s panem P.)

Deprese je rozšířeným fenoménem vyskytujícím se v období stáří. Může se prezentovat poněkud odlišně od klasických dominujících symptomů deprese, jakými jsou například výrazný pokles nálady či změna zájmů. V popředí naopak bývají somatické stesky. Proto je mnohdy deprese přehlížena a dochází k jejímu podceňování, poddiagnostikování a z toho vyplývající absenci léčby u populace seniorů.

Specifickou problematikou je pak kognitivní deficit, který může být důsledkem onemocnění z depresivně- úzkostného spektra či chorob, které způsobují demenci. Takovými jsou nejčastěji neurodegenerativní či vaskulární onemocnění, v popředí s Alzheimerovou nemocí, na níž jsme se také zaměřili.

K tomu, aby byla nasazena účinná léčba je potřeba odlišit symptomy deprese od jiných onemocnění. Diagnostika deprese je mnohdy obtížná, vzhledem k překrývajícím se symptomům, a proto je potřeba na depresi aktivně myslet, neboť zejména ve stáří je často přehlížena.

Nejužívanější metodou měření deprese u seniorů s kognitivním deficitem je v našich podmínkách dotazník GDS. Cílem této diplomové práce bylo zkoumat, zda je tato metoda vhodná pro široké využití u pacientů s různým rozsahem kognitivního deficitu, a dále nabídnout čtenáři hlubší sondu do prožívání této skupiny seniorů. K oběma účelům byl využit rozhovor nad tématy GDS.

Ve výzkumu participovalo 40 seniorů s různým rozsahem kognitivního deficitu. Na základě GDS byla detekována neléčená deprese u 5 seniorů, dalších 9 participantů užívá v současnosti antidepressiva.

Výsledky první části výzkumu, v níž se jednalo o posouzení schopnosti seniorů odpovědět na otázky, které se týkají jednotlivých kvalit nálady z dotazníku GDS, nasvědčovaly tomu, že jedinci s mírnou kognitivní poruchou neměli potíže s vyplněním dotazníku ani sebereflexí, která je předpokladem pro validitu odpovědí v dotazníku. Jedinci, kteří trpěli demencí, měli větší potíže přiléhavě odpovědět na otázky v rozhovoru, i tak však většina ze zkoumaného vzorku dokázala odpovědět alespoň na 10 z 15 otázek. Nebyla nalezena přesná hranice použitelnosti dotazníku GDS, avšak na základě tohoto

výzkumu se lze domnívat, že se nachází ve fázi středně těžkého kognitivního postižení, případně přechodu mezi mírnou a středně těžkou demencí. Dá se také předpokládat, že se nejedná o ostře vymezenou hranici, nýbrž o určité pásmo.

Výsledky druhé části studie ukázaly na některá podstatná témata, která vybraná skupina seniorů spojuje s prožitky pozitivních a naopak negativních emocí. Jako ústřední fenomén byla identifikována autonomie seniorů, jejímž důležitým zdrojem je i posilování ze strany rodiny a obecně sociálních vztahů. Tak tomu bylo i u seniorů, kteří se netěší výbornému zdraví, přestože zdraví bylo identifikováno jako důležitá proměnná tohoto systému.

Seznam použité literatury

- Adrikopoulos, J. (2011). Looking into the Crystal Ball of Mild Cognitive Impairment: I see Alzheimer Disease. In: Morgan, J. E., Baron, I. S., & Ricker, J. H. *Casebook of Clinical Neuropsychology*. Oxford: University Press.
- Alexopoulos, J. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, Ch. A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biological Psychiatry*, 23, 271-284.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Anders, M. (2005) Terapie depresivní poruchy. In: Anders, M., Uhrová, T., & Roth, J. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. (1. vyd.). Praha: Galén, s. 59-109.
- Ashford, J., Rosen, A., Adamson, M., Bayley, P., Sabri, O., Furst, A., & Tariot, P. N. (2011). Alzheimer's Prevention Initiative: A Plan to Accelerate the Evaluation of Presymptomatic Treatments. *Journal Of Alzheimer's Disease*, 26, 321-329.
- Bareš, M. (2004). Léčba depresivní poruchy v pozdním věku. *Klinická farmakologie a farmacie*, 18, 38–44
- Bartoš, A., & Hasalíková, M. (2010). *Poznejte demenci správně a včas- příručka pro klinickou praxi*. (181 s.) Praha: Mladá fronta.
- Bartoš, A. & Jiráček, R. (2013). In: Jiráček, R. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 47-68.
- Baštecký, J., Kümpel, Q., & Vojtěchovský, M. (1994). Gerontopsychiatrie. Praha: Grada.
- Brunovský, M. (2012). Optimalizace léčby inhibitory cholinesteráz u pacientů s Alzheimerovou chorobou. *Farmakoterapie*, 8(3), 300-304.
- Bush, S. S., & Myers, T. (2011). Pick Disease. In: Morgan, J. E., Baron, I. S., & Ricker, J. H. *Casebook of Clinical Neuropsychology*. Oxford: University Press.

- Butters, M. A., Becker, T. J., Nebes, R. D., Zmuda, M. D., Mulsant, B. H. et al. (2000). Changes in Cognitive Functioning Following Treatment of Late-Life Depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1949-1954.
- Creswell, J. (2013). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. (448 s.). Los Angeles: SAGE.
- Čechová, L., Bartoš, A., Doležil, D., & Řípková, D. (2011). Alzheimerova nemoc a mírná kognitivní porucha: diagnostika a léčba. *Neurologie pro praxi*, 12(3), 175-180.
- Čevela, R., Kalvach, Z., Čeledová, L. (2012). Sociální gerontologie: Úvod do problematiky. (263 s.). Praha: Grada.
- Daňková, Š. (2011). Analýza: EHIS - výskyt deprese a návštěvy psychologa v EU. Dostupné z <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=781&>, cit. 2014-10-10.
- Drástová, H., & Krombholz, R. (2006). Deprese v seniu. *Medicína pro praxi*, 5, s. 241-243.
- Erikson, E. (1996). Osm věků člověka. Praha: Propsy.
- Fanfrdlová, Z. (2006). Kognitivní deficit u alzheimerovy demence. In Preiss, M., & Přikrylová Kučerová, H. *Neuropsychologie v neurologii*, 123-175. Praha: Grada.
- Ferman, T. J. (2011). Clinical and Neuropathologic Presentation of Dementia with Lewy bodies. In: Morgan, J. E., Baron, I. S., & Ricker, J. H. *Casebook of Clinical Neuropsychology*. Oxford: University Press.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini- Mental State: A practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, s 189-198.
- Franková V. (2010). Depresivní poruchy ve stáří. *Postgraduální Medicína*, 12(6), 634–642.
- Gabryelewicz, T. T., Styczynska, M. M., Pfeffer, A. A., Wasiak, B. B., Barczak, A. A., Luczywek, E. E., & Barcikowska, M. M. (2004). Prevalence of major and minor

depression in elderly persons with mild cognitive impairment—MADRS factor analysis. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 19(12), 1168-1172.

Goldstein, L., & McNeil, J. (2013). *Clinical neuropsychology: a practical guide to assessment and management for clinicians*. (2nd ed., 602). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

Gustavson A. R., & Cummings J. L. (2004). Assessment and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer's disease. In: Richter R. W., Richter Z. R. Alzheimer's Disease: A Physician's Guide to Practical Management. New Jersey: Humana Press, s. 371–385.

Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. (Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl., 365 s.) Praha: Havlíček Brain Team.

Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. (2., aktualiz. vyd., 407 s.) Praha: Portál.

Hidaka, S., Ikejima, C., Kodama, C., Nose, M., Yamashita, F., Sasaki, M., & Asada, T. (2012). Prevalence of depression and depressive symptoms among older Japanese people: comorbidity of mild cognitive impairment and depression. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 271-279.

Holmerová, I., & Vaňková, H. (2009). Demence a deprese ve vyšším věku. *Medicina pro praxi*, 6(2), 111–114.

Holmerová, I., Baumanová, M., Vaňková, H., & Jurašková, B. (2011). Deprese u pacientů s demencí. *Psychiatrie pro praxi*, 12(2), 62–64.

Holmerová, I., Vaňková, H., Dragomirecká, E., Janečková, H., & Veleta, P. (2006). Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 182–184.

Honzák, R. (1999) Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci. Praha: Galén.

Horáček, J., Rozehnalová, E., Rösslerová, H., & Dvořák, A. (2010). Vliv stresujících životních událostí na rozvoj depresivní poruchy a účinnost léčby v populaci nemocných ve vyšším věku. *Česká a slovenská psychiatrie*, 106(5), 311- 317.

- Hort, J., Glosová, L., Vyhnálek, M., Bojar, M., Škoda, D., & Hladíková, M. (2007). Tau protein a beta amyloid v likvoru u Alzheimerovy choroby. *Československá neurologie*, 70/103(1), 30–36
- Houde, M., Bergman, H., Whitehead, V., & Chertkow, H. (2008). A predictive depression pattern in mild cognitive impairment. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 23(10), 1028-1033.
- Jack, C., Knopman, D., Jagust, W., Shaw, L., Aisen, P., Weiner, M., & Trojanowski, J. (2010, January). Hypothetical model of dynamic biomarkers of the Alzheimer's pathological cascade. *Lancet Neurology*, 119-128.
- Jiráček, R. (2004). Poruchy afektivity ve stáří. In: Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Sucharda, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 554- 559.
- Jorm, A. F. (2001). History of depression as a risk factor for dementia: an updated review. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 35(6), 776.
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Sucharda, P. a kol. (2004). *Geriatric a gerontologie*. (864 s.). Praha: Grada.
- Kanade, P., Gupta, D., Radhakrishnan, M., & Prabhakar, V. (2013). Role of Serotonin Type-1A/B (Hydroxytryptamine) Receptors in Depression Revisited. *Systematic Reviews In Pharmacy*, 4(1), 7-13.
- Kimmel, D. C. (1988). Ageism, psychology, and public policy. *American Psychologist*, 43(3), 175-178.
- Klevetová, D., & Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. (208 s.). Praha: Grada.
- Kliment, P. (2004). Specifika vývojových úkolů v seniorském věku. In: Sýkorová, D., & Chytil, O. *Autonomie ve stáří: Strategie jejího zachování*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity. 238-243.
- Konrád, J. (2004) Demence s Lewyho tělísky, diagnostika, klinický význam, možnosti léčby, kazuistika. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 9-11.

- Kørner, A., Lauritzen, L., Abelskov, K., Gulmann, N., Marie Brodersen, A., Wedervang-Jensen, T., & Marie Kjeldgaard, K. (2006). The Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia. A validity study. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 60(5), 360-364.
- Koukolík, F. (2000). *Lidský mozek: Funkční systémy, norma a poruchy*. (359 s.). Praha: Portál.
- Koukolík, F. (2014). *Metuzalém: O stárnutí a stáří*. (227 s.). Praha: Karolinum.
- Kučerová, H., Preiss, M., Navrátilová, P., & Černík, M. (2008). Deprese z pohledu neuropsychologa. In *Deprese z různých úhlů pohledu III*, 145- 175. Praha: Galén.
- Lam, R. W., & Mok, H. (2008). *Depression*. New York: Oxford University Press.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. (2., aktualiz. vyd., 368 s.) Praha: Grada.
- Lezak, M. (2004). *Neuropsychological assessment*. (4th ed., 1016 s.). Oxford: Oxford University Press.
- Lopez, O. L., Becker, J. T., Sweet, R. A., Klunk, W., Kaufer, D.I. et al. (2003). Psychiatric Symptoms Vary With the Severity of Dementia in Probable Alzheimer's Disease. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15, 346-353.
- Mackin, R., Insel, P., Aisen, P., Geda, Y., & Weiner, M. (2012). Longitudinal stability of subsyndromal symptoms of depression in individuals with mild cognitive impairment: relationship to conversion to dementia after 3 years. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 27(4), 355-363.
- Martínková, J. a kol. (2007). *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. (379 s.). Praha: Grada.
- Matějovská Kubešová, H., Matějovský, J., Meluzínová, H. & Weber, P. (2008) Výskyt a související aspekty deprese u seniorů žijících ve vlastním prostředí. *Česká geriatrická revue*, 6(4), s. 227-231.
- McKenzie, K. (2001). *Deprese: informace a rady lékaře*. (96 s.). Praha: Grada.

Miller, K. M., Loring, S. R., & Loring, D. W. (2011) In: Morgan, J. E., Baron, I. S., & Ricker, J. H. *Casebook of Clinical Neuropsychology*. Oxford: University Press.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

MKN- 10: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: Desátá revize* (2008). Aktualizované vydání k 1. 1. 2013. Geneva: World Health Organization. Dostupné z <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>. Cit. 2014-15-10.

Mohr, E., & Brouwers, P. (1991). *Handbook of clinical trials: the neurobehavioral approach*. Amsterdam: Sweets & Zeitlinger.

Moragas Moragas, R. (1998) *Gerontologia Social: Envejecimiento y Calidad de Vida*, Barcelona: Herder, 304 s.

Nguyen, H. T., & Zonderman, A. B. (2006). Relationship between age and aspects of depression: Consistency and reliability across two longitudinal studies. *Psychology And Aging*, 21(1), 119-126.

Nikolai, T., Bezdíček, O., Vyhnálek, M., & Hort, J. (2012). Mírná kognitivní porucha: diagnostická jednotka nebo stadium předcházející demenci? *Československá psychologie*, 56(4), 374-390.

Nikolai, T., Vyhnálek, M., Literáková, E., Marková, H., & Hort, J. (2013). Vyšetření kognitivních funkcí v časně diagnostice Alzheimerovy nemoci. *Neurologie pro praxi*, 14(3), 136-140.

Ondrušová, J., & Dragomirecká, E. (2012). *Smysl života a deprese u českých seniorů*. *Československá Psychologie*, 56 (3), 193-205.

Pérès, K., Helmer, C., Amieva, H., Orgogozo, J., Rouch, I., Dartigues, J., & Barberger-Gateau, P. (2008). Natural History of Decline in Instrumental Activities of Daily Living Performance over the 10 Years Preceding the Clinical Diagnosis of Dementia: A Prospective Population-Based Study. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 56(1), 37-44.

- Petersen, R. C., Parisi, J. E., Dickson, D. W., Johnson, K. A., Knopman, D. S., et al. (2006). Neuropathologic Features of Amnesic Mild Cognitive Impairment. *Archives Of Neurology*, 63(5), 665-672.
- Petersen, R. C., Smith, J. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild Cognitive Impairment: Clinical Characterization and Outcome. *Archives of Neurology*, 56, 303-308.
- Preiss, M. (2008). *Deprese a výkon: kognitivní výkonnost u depresivní poruchy v období remise*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Preiss, M., Bartoš, A., Čermáková, R., Nondek, M., Benešová, M. a kol. (2012). *Neuropsychologická baterie Psychiatrického centra Praha: klinické vyšetření základních kognitivních funkcí*. (3., přeprac. vyd., 158 s.) Praha: Psychiatrické centrum.
- Preiss M., Vraná K., & Kuchařová J. (2010). Depresivita a úzkost v průběhu života v návaznosti na pojetí Václava Příhody. *Československá psychologie*, 54(4), 357-365.
- Příhoda, V. (1977). *Ontogeneze lidské psychiky IV*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Regier, D. A., Boyd, J. H., Burke, J. D., Rae D. S., Myers J. K., et al. (1988) One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Archives of General Psychiatry*, 45(11), 977-986.
- Rektorová, I. (2006). Frontotemporální lobární degenerace- diagnóza z neuro-psychiatrického pomezí. *Neurologie pro praxi*, 4, 199-202.
- Rektorová, I. (2007). *Kognitivní poruchy a demence*. Praha: Triton.
- Jiráček, R. Alzheimerova nemoc. In: Růžička, E. et al. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: Příručka pro praxi*. Praha: Galén, 63-84.
- Shah, A., Phongsathorn, V., Bielawska, C., & Katona, C. (1996). Screening for Depression among Geriatric Inpatients with Short Version of the Geriatric Depression Scale. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 11(10), 915-918.
- Sheehyová, G. (1999). *Průvodce dospělostí: Šance a úskalí druhé poloviny života*. (454 s.). Praha: Portál.

- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal Of Aging And Mental Health*, 5(1-2), 165-173.
- Shin, K., Kang, Y., Kim, M., Jung, D., & Kim, M. (2012). Comparative study between depression in Korean elderly with mild cognitive impairment and normal cognitive function. *Nursing & Health Sciences*, 14(1), 81-86.
- Sperling, R. A., Aisen, P. S., Beckett, L. A., et al. (2011). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's and Dementia*, (7), 280-92.
- Squire, L. R., & Knowlton, B. J. (1995). Memory, Hippocampus and Brain Systems. In: Gazzaniga, M. *The Cognitive Neurosciences*. Cambridge, MA: MIT Press. 825-883.
- Steffens, D. (2008). Separating mood disturbance from mild cognitive impairment in geriatric depression. *International Review Of Psychiatry*, 20(4), 374-381.
- Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. (1. vyd., 196 s.) Boskovice: Albert.
- Stricker, N. H., Sadek, J. R., & Haaland, K. Y. (2011). Vascular Dementia. In: Morgan, J. E., Baron, I. S., & Ricker, J. H. *Casebook of Clinical Neuropsychology*. Oxford: University Press.
- Stuart- Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. (319 s.). Praha: Portál.
- Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. (Vyd. 1., 317 s.) Praha: Portál.
- Svobodová, K. (2012). Analýza: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce. Dostupné z <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=824&>, cit. 2014-10-20.
- Sýkorová, D., & Chytil, O. (2004). *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. (Vyd. 1., 323 s.) V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.
- Štětkářová, I. (2013). Deprese u neurologických onemocnění. Praha: Maxdorf.

- Telecká, S. (2006). Kognitivní deficit u vaskulární demence. In: Preiss, M., & Přikrylová Kučerová, H. *Neuropsychologie v neurologii*, 123-175. Praha: Grada.
- Tošnerová, T., Bahbouh, R. (1999). *Orientační škála deprese: Geriatric Depression Scale dle Yesavage (zkrácená verze)*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti FNKV.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie*. (Vyd. 1., 461 s.) Praha: Karolinum.
- Vannorsdall, T. D., Schretlen, D. J. (2011). Late- Onset Depression versus Dementia. In: Morgan, J. E., Baron, I. S., & Ricker, J. H. *Casebook of Clinical Neuropsychology*. Oxford: University Press.
- Vaughn, E. E., Franzen, M. D., & Laporte, D. J. (2011). Impact of Mild Cognitive Impairment on Self- Reported Cognitive Symptoms of Depression. *American Psychological Association: Convention Presentation*.
- Vlček, J., Fialová, D., a kol. (2010). *Klinická farmacie I*. (368 s.) Praha: Grada.
- Vlček, J., Vytřísalová, M., a kol. (2014). *Klinická farmacie II*. (255 s.) Praha: Grada.
- Vyhnálek, M., Laczó, J., Nikolaj, T., Sheardová, K., & Hort, J. (2012). Časná diagnostika Alzheimerovy nemoci ve světle nových diagnostických kritérií. *Neurologie pro praxi*, 13(6), 325-329.

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Přenos vzruchu na synapsi

Obrázek 2 - Působení antidepresiv na neurotransmitery

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Některé klinické rozdíly mezi depresivní pseudodemencí a demencí

Tabulka 2 - Popisné charakteristiky věku

Tabulka 3 - Četnosti skóre v MMSE

Tabulka 4 - Popisné charakteristiky výsledků v MMSE- porovnání pohlaví

Tabulka 5 - Četnosti skóre v GDS

Tabulka 6 - Popisné charakteristiky výsledků GDS- porovnání pohlaví

Tabulka 7 - Index porozumění u seniorů s MMSE 24 a méně

Tabulka 8 - Popisné charakteristiky procentuálního vyjádření porozumění- porovnání seniorů skupiny MCI u AN a demence u AN

Seznam grafů

Graf 1 - Hypotetický model dynamických biomarkerů Alzheimerovy nemoci rozvinutý pro vysvětlení preklinické fáze

Graf 2 - Odhadovaný účinek časně vs. pozdní léčby Alzheimerovy nemoci

Graf 3 - Longitudinální variace skóru GDS u depresivních pacientů s MCI, kteří progredovali do demence při AN

Graf 4 - Porovnání depresivity u zdravých seniorů bez kognitivních stížností, seniorů s kognitivními stížnostmi, seniorů s mírnou kognitivní poruchou a seniorů s demencí

Graf 5 - Pohlaví výzkumného souboru

Graf 6 - Rozložení výzkumného souboru podle věku

Graf 7 - Rozložení výzkumného souboru podle vzdělání

Graf 8 - Rozložení výzkumného souboru podle diagnózy